

Sorg og sykdom

Implikasjoner av en revisjon i depresjonsdiagnosen i DSM-5

Malin Kjøsberg og Stefan Skår



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

April 2014

«Aren't these notes the senseless writhings of a man who won't accept the fact that there is nothing we can do with suffering except to suffer it. Who still thinks there is some device (if only he could find it) which will make pain not be pain»

C.S. Lewis (1961/1996, s. 33)

“Is grief a useful, inevitable and poignant sign of my broken heart, or is it a major depressive disorder?”

Allen Frances (2013, s. 33)

© Malin Kjønnsberg og Stefan Skår

2014

Sorg og depresjon – Implikasjoner av en revisjon i depresjonsdiagnosen i DSM-5

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Er sorg en sykdom? Skal den sørgende diagnostiseres og behandles? Disse spørsmålene har fått mye oppmerksomhet i forbindelse med utgivelsen av diagnosemanualen DSM-5, som utkom sommeren 2013. Fra DSM-III til DSM-IV opererte diagnosemanualen med den såkalte *bereavement exclusion*, et eksklusjonskriterie som fortalte at man ikke skulle stille en depresjonsdiagnose (*Major depressive episode*) etter at en person hadde mistet en av sine nære. I den nye utgaven av DSM-5 er dette eksklusjonskriteriet fjernet, og vi retter i denne oppgaven oppmerksomheten mot de konsekvenser dette kan tenkes å ha. Metodisk sett har vi latt oss inspirere av kritisk psykologi og kritisk tenkning, Bronfenbrenners økologiske modell og hermeneutikk. For å få en mer fullstendig forståelse av problemstillingen presenterer vi ulike historiske vinklinger på sorgfenomenet, i tillegg til å presentere de viktigste teorier og modeller. Dette utgjør bakteppet for den videre diskusjonen hvor vi presenterer debatten om *bereavement exclusion* og de ulike konsekvenser elimineringen av denne vil kunne få. Vi presenterer argumentene til både de som taler for å bevare eksklusjonen og de som ønsker å eliminere den. Resultatene viser her at revideringen i depresjonsdiagnosen vil kunne ha implikasjoner på flere områder, som ens vurdering av sensitivitet versus spesifisitet, medikalisering og bruk av antidepressiva, stigmatisering, klinikers evner og samfunnets forståelse av sorg. Et vesentlig poeng er at de ulike emner vi tar for oss også vil kunne forstås – og potensielt sett også bedre forstås, når man tar i betraktning den eventuelle sammenhengen dem i mellom. Det er viktig for oss å gi en så dekkende besvarelse på problemstillingen som mulig, da en av hovedmålsetningene med denne oppgaven er å skape refleksjon og å skape bedre forståelse av de ulike standpunktene i debatten.

Forord

Vi vil gjerne rette den største takken til vår veileder, Ole Jacob Madsen. Du har under hele arbeidet med denne oppgaven gitt oss meget gode og innsiktsfulle tilbakemeldinger. Takk for din tilgjengelighet og tilstedeværelse når vi har hatt behov for deg. Ditt engasjement og din enorme kunnskapsmengde har vært til stor inspirasjon for oss hele veien.

En stor takk til Stein Sørensen, som ved flere anledninger har vist interesse for emnet, og delt av sin innsikt og kunnskap. Ditt nysgjerrige og aldri hvilende hode har vært med på å spisse oppgaven og gi den form og retning.

Hjertelig takk til Atle Dyregrov og Pål Kristensen, som var så vennlige å dele av sin kunnskap om sorg.

Tusen takk til Rolv Mikkell Blakar, som tipset oss om Ole Jacob Madsen som potensiell veileder av oppgaven.

Og, sist men ikke minst, takk til familie og venner for all støtte, oppmuntring og tålmodighet. En spesiell takk går til Live og Julian, som med sin blotte tilstedeværelse har gitt oss inspirasjon, avkobling og enormt mye glede under den tiden vi har jobbet med oppgaven.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Introduksjon.....	1
1.2	Kapitteloversikt	1
1.3	Metodiske vurderinger.....	3
1.3.1	Valg av metode.....	3
1.3.2	Diagnosekritikk	3
1.3.3	Kritisk psykologi.....	4
1.3.4	Kritisk tenkning.....	6
1.3.5	Oppgavens struktur	7
2	DSM og sorg som diagnose	8
2.1	Dødstap.....	8
2.2	DSM.....	9
2.2.1	DSM-IV	9
2.2.2	DSM-5	10
2.2.3	Fra DSM-IV til DSM-5	12
3	Sorg: Fra normaltilstand til sykdom.....	14
3.1	Ulike fortellinger om sorg	14
3.2	Sorgen før Freud.....	16
3.3	Freud	17
3.4	Psykiatri	19
3.5	Ulike sorgforståelser.....	21
4	Modeller og teorier.....	23
4.1	Innledning.....	23
4.2	Fasemodeller.....	23
4.3	Toprosessmodellen	24
4.4	Tilknytningsteori	25
4.5	Stress- og traumeteorier.....	26
4.6	Meningsteorier.....	27
4.7	Komplisert sorg	28
4.8	Evidens for de ulike modellene og teoriene	29
4.9	Sorgintervensjoner og behandling av sorg	31

4.12 Sykelig eller normalt?	33
5 Debatten	34
5.1 Dødstapeksklusjon i DSM	34
5.2 Argumenter for å beholde DE i DSM-5	35
5.3 Argumenter for å eliminere DE i DSM-5	38
5.4 Andre perspektiver	41
5.5 Debatten.....	42
5.6 Ulikt fokus og ulike posisjoneringer	43
6 Konsekvenser av elimineringen av DE	46
6.1 Følger av elimineringen av DE.....	46
6.2 Diagnostisering, validitet og klinikers vurderinger	46
6.2.1 Hvis DE elimineres, øker sannsynligheten for at flere enn nødvendig blir diagnostisert	46
6.2.2 Når DE elimineres fra DSM-5, vil flere som trenger det få hjelp	47
6.2.3 Å kunne stille en depresjonsdiagnose for de som sørger etter bare 2 uker gir ikke mening da sorgsymptomene har en tendens til å svinge i intensitet	47
6.2.4 Ved å ikke stille diagnosen depresjon i kort tid etter dødstop risikerer man å normalisere depresjon for en gruppe mennesker som har et reelt behov for behandling og oppfølging	48
6.2.5 Ved å eliminere DE i DSM-5 vil validiteten til depresjonsdiagnosen svekkes .	48
6.2.6 DSM-5 innehar differensialdiagnostiske retningslinjer som hvis brukt riktig, ikke vil svekke validiteten til depresjonsdiagnosen	48
6.2.7 Når DE elimineres vil dette kunne oppfordre klinikere til å tro at MDE faktisk er en sykdom	49
6.2.8 Depresjon er en sykdom med alvorlige konsekvenser for de berørte	49
6.2.9 De nye differensialdiagnostiske retningslinjene er uoverkommelige for klinikere 50	
6.2.10 Den nye differensialdiagnostiske veiledningen vil gjøre det lettere for klinikere å skjelne normal sorg fra depresjon.....	51
6.3 Antidepressiva og medikalisering	52
6.3.1 Elimineringen av DE i DSM-5 vil kunne føre til økt bruk av antidepressiva og andre legemidler hos en populasjon som ikke vil tjene på denne bruken	52
6.3.2 Elimineringen av DE i DSM-5 vil føre til at de sørgende som trenger egnet behandling, blir tilbudt dette	54
6.3.3 Elimineringen av DE i DSM-5 vil kunne gi økt grad av medikalisering	55

6.3.4	Depresjon representerer en enorm belastning både for individet og samfunnet, og det er positivt at vi nå blir flinkere til å avdekke nye tilfeller og å gi tilpasset behandling	56
6.4	Samfunn, kultur, og stigmatisering.....	57
6.4.1	Den nye revideringen i depresjonsdiagnosen i DSM-5 er bare det siste av flere ledd i en utvikling som viser til en individualisert og potensielt sett begrensende samfunnsforståelse	57
6.4.2	Det moderne samfunn er et ivaretaende samfunn	59
6.4.3	Andre måter å nærme seg, forstå og komme over sorgen på svekkes eller uteblir	59
6.4.4	Det er klinikers oppgave å vurdere kulturforventede responser på dødstop	61
6.4.5	Ved å ekskludere DE fra depresjonsdiagnosen vil ressurser kunne gå til de som ikke har et reelt behov for det, på bekostning av de som virkelig trenger det, noe som igjen vil kunne svekke profesjonen.....	61
6.4.6	Så lenge klinikere skjeler de syke fra de friske, vil dette senke sannsynligheten for misbruk eller feilbruk av systemet.....	63
6.4.7	Diagnostisering vil kunne føre til stigmatisering	63
6.4.8	Diagnostisering gir ikke nødvendigvis stigmatisering, og vil også kunne ha positive virkninger.....	64
6.5	Forlenget sorg	65
7	Avslutning	67
7.1	Argumenter og eget ståsted	67
7.2	Oppsummering	69

1 Innledning

1.1 Introduksjon

«Enhver kan mestre en sorg unntagen han som har den» skriver Shakespeare i *Stor ståhei for ingenting*. Sorgen er en uunngåelig erfaring som setter mennesket på store prøver. Om den sørgende mestrer denne sorgen eller ikke, er som sitatet viser et spørsmål som ikke er av nyere dato. Men Shakespeare peker også på det som følger en sorgreaksjon, for i mestring, eller mangelen på denne, ligger også selve *prosessen* som følger, nemlig sorgen. Det at sorg kan forstås som en prosess, innebærer at den er noe som kan vare over tid og vil kunne bestå av ulike faser og elementer. Dette viser seg både i ulike fase- eller stadieteorier om sorg, og ved de ulike reaksjonene og symptomene som mennesker i sorg kan oppleve (Weiss, 2008; Zisook & Shear, 2009). Sorg er noe de aller fleste vil erfare i løpet av et liv, og blant de tyngste tap å bære er sorgen som oppstår når noen vi er glad i dør (Clark, 2004) Hvordan vi forstår sorgprosessen og hvordan den skal håndteres og behandles, er imidlertid spørsmål som strekker seg lenger tilbake i tid enn det den moderne psykologien kan sies å gjøre (Granek, 2010). Disse spørsmålene har likevel fått ny aktualitet i disse dager, med utgivelsen av diagnosemanualen DSM-5. Her knyttes sorg til diagnosen depresjon på en måte som kan sies å være mer inkluderende enn i tidligere utgaver av DSM. I DSM-IV fungerte nylig tap av en nærstående person som et eksklusjonskriterie for å sette diagnosen depresjon. Dette eksklusjonskriteriet er nå fjernet, noe som åpner opp for at personer som opplever sorg etter å ha mistet en av sine nære, vil kunne få diagnosen depresjon. Det er dette eksklusjonskriteriet som er utgangspunktet for spørsmålene vi vil forsøke å belyse i denne oppgaven. Det vi i denne oppgaven søker å besvare er hvilke implikasjoner denne endringen i depresjonsdiagnosen kan medføre. Hvilke konsekvenser kan det ha at sorg nå ikke lenger er ekskludert fra depresjonsdiagnosen? Er det slik at vi nå er i ferd med å gjøre sykdom av normaltilstander? Eller er det slik at vi nå har blitt flinkere til å avdekke reelle lidelser som krever diagnose og behandling? Det er disse og beslektede spørsmål vi skal se nærmere på i denne oppgaven.

1.2 Kapitteloversikt

Vi vil i resten av kapittel 1 vie oppmerksomheten mot metodiske avveininger knyttet til kritiske refleksjoner om diagnoser og endringer i diagnoser. Vi vil i tillegg i dette kapittelet si noen ord om oppgavens struktur. Det hersker en uenighet om riktigheten av å knytte sorg til depresjon på en slik måte som gjøres i DSM. Vår oppfatning er at den pågående debatten er preget av uklarheter om hva som faktisk står skrevet om dette i den nye utgaven av DSM, og videre til hvilke konklusjoner man kan trekke av dette. I kapittel 2 vil vi derfor redegjøre for og sammenligne den forandringen som har inntruffet fra DSM-IV til DSM-5. Dette vil gjøre det mer oversiktlig å tydeliggjøre og belyse tematikken senere i oppgaven. Vi vil også i kapittel 2 definere de de viktigste begrepene knyttet til sorg, som er viktige for denne oppgaven. Et ofte stilt spørsmål i debatten om hvor vidt man skal beholde sorg som eksklusjonskriterie, er om vi nå er i ferd med å sykeliggjøre sorgen. I kapittel 3 vil vi gi et historisk riss av hvordan sorgbegrepet har blitt innlemmet og forstått i psykologien og psykiatrien, samt vise til andre tilnærminger til hvordan man kan forstå sorgen. Her vil vi se at mange av spørsmålene knyttet til sorg som klinisk fenomen som vi ser i dag, har vært fremtredende allerede fra det tidlige 1900-tall. Det eksisterer ulike modeller og teorier om sorg og behandling av sorg, og disse viser at sorg kan ses på som et mangefasettert fenomen med ulike tilnærminger til forståelse og behandling. De viktigste teoriene, modellene og behandlingalternativene vil presenteres i kapittel 4. I kapittel 5 vil rette oppmerksomheten mot debatten om hvor vidt man burde ekskludere sorg fra depresjonsdiagnosen. Vi vil ta for oss den forskningen som er gjort, og argumenter for og imot vil bli trukket frem og drøftet. I kapittel 6 vil vi se på ulike konsekvenser av revideringen i depresjonsdiagnosen i DSM-5. Noen av argumentene og konsekvensene i kapittel 6 er emner vi allerede har vært innom tidligere i oppgaven, andre igjen bygger videre på disse, mens flere er momenter som først introduseres her. I det avsluttende kapittel 7 vil vi oppsummere og presentere vår egen vurdering av denne revideringen i DSM-5. Vi vil i dette kapittelet også komme inn på potensielle begrensninger, og hvilke virkninger dette kan ha for leseren og de eventuelle konklusjoner man trekker.

Siktemålet med oppgaven er å differensiere sorgprosessen, trekke fram og drøfte ulike tilnærminger til sorgprosessen, og vise til hvilke implikasjoner en endring i en diagnosemanual vil kunne avstedkomme. For vi tror at det ligger, innbakt i en liten tekstbolk i en diagnosemanual, et utgangspunkt for å si noe vesentlig om grunnleggende allmennmenneskelige erfaringer, hvorav sorgen er en av disse.

1.3 Metodiske vurderinger

1.3.1 Valg av metode

For å belyse problemstillingen har vi søkt inspirasjon fra ulike fagfelt som har beslektet seg med lignende problematikk – diagnosekritikk, kritisk psykologi og kritisk tenkning, Bronfenbrenners økologiske modell og hermeneutikken. Valget om å trekke inn diagnosekritikk og kritisk psykologi og tenkning kom som et resultat av hovedproblemstillingen – konsekvenser av revideringen i depresjonsdiagnosen i DSM-5. Her tok vi utgangspunkt i den kunnskapen vi allerede satt inne med, samtidig som vi leste oss opp på andre relevante kilder. I den forbindelse fant vi teorier om kritisk tenkning, som vi mente godt fanget opp en slags underliggende målsetning med oppgaven, nemlig å skape et rom for kritisk refleksjon, debatt og egne standpunkter, der man presenterer argumenter fra både hovedstrøms og alternative betraktningsmåter, og viser en ydmykhet og respekt for disse. Etter hvert som vi leste oss opp på sorgfeltet – de ulike historiene om sorg, teorier og modeller, og artiklene og bøkene knyttet til forslaget om å revidere depresjonsdiagnosen, slo det oss at flere av disse teoriene og argumentene bedre kunne forstås hvis de ble sett i sammenheng med hverandre. På dette grunnlag tenkte vi at både Bronfenbrenners økologiske modell og den hermenutiske sirkel ville kunne belyse aspekter av sammenheng og potensiell gjensidig påvirkning i de emner vi har valgt ut i denne oppgaven. Valg av metode har med andre ord blitt til som en del av modnings- og refleksjonsprosessen rundt oppgaven. Vi åpner for at andre veier inn i stoffet – og dermed andre metodiske vurderinger enn de valgte, kunne gitt andre og muligens mer berikende innfallsvinkler til problemstillingen. Men vi håper at de metodiske valgene vi har foretatt gir en god og dekkende nok ramme for det vi ønsker å belyse og svare på i denne oppgaven. Videre vil vi også nevne at vi i arbeidet med å finne relevante artikler og ulike innlegg i tidsskrifter og aviser, har benyttet oss mest av google scholar og google.

1.3.2 Diagnosekritikk

Denne oppgaven tar utgangspunkt i diagnosemanualen DSM, og et mål med oppgaven er å rette et kritisk søkelys på nylig endring i denne. Det finnes en lang tradisjon for å rette et slikt kritisk søkelys på diagnoser, og noe av den gjennomgående tematikken er knyttet til frykt for over- og feildiagnostisering, og uønskede effekter av den økte medikaliseringen som vil

kunne følge en økt diagnostisering (se for eksempel Hallerstedt, 2009; Neimeyer, 2013). I forbindelse med utgivelsen av DSM-5 gikk for eksempel British Psychological Society (BPS) ut med en fordømmelse av denne. Blant årsakene til denne fordømmelsen var det BPS oppfattet som en tendens til medikalisering av normal psykologisk variasjon, og sykeliggjøring av normale, forventede livshendelser (Frances, 2011). Kritikk av diagnoser og deres betydning og effekter kan sies å være en del av en større fagfelt, hvor mainstream psykologi – forstått som den psykologien som de fleste universiteter lærer bort, og som klinikere, forskere og rådgivere oftest praktiserer, gjøres til gjenstand for vurdering, analyse og kritikk (Fox, Prilleltensky & Austin, 2009).

1.3.3 Kritisk psykologi

Å tenke kritisk og vurderende om psykologiske fenomener er en egen fagdisiplin innen psykologien, som går under navnet *kritisk psykologi*. Fagdisiplinen tar blant annet for seg sosiopolitiske og etiske implikasjoner av psykologisk praksis og teori (Dafermos & Marvakis, 2006). Kritisk psykologi har siden 1990-tallet vokst frem som en reaksjon på mainstreampsykologi i de fleste deler av verden, men tendensen er ikke like iøynefallende i Norge (Blakar & Nafstad, 2006; Madsen, 2012b). Blant de mest sentrale temaene innen kritisk psykologi finner vi et fokus på gruppen eller det større samfunn, hvordan mainstream psykologis underliggende antagelser vil kunne skade maktesløse og marginaliserte grupper i samfunnet, og ulike uakseptable utfall av klinisk praksis, uavhengig av klinikers opprinnelige intensjon (Fox et al., 2009). Når vi i denne oppgaven tar oss fore å nyansere forståelsen av sorg, er denne vinklingen inspirert av et vesentlig punkt innen kritisk psykologi, nemlig å utfordre etablerte psykologiske oppfatninger og ideer (Nightingale & Neilands, 1997). Det er i så måte viktig for oss kritisk å drøfte forandringen som har forekommet i DSM om sorg, og se på hvilke forklaringer og eventuelle motiver som ligger til grunn for både det å bevare og det å eliminere eksklusjonskriteriet om sorg i DSM-5. Og videre, hvilke konsekvenser en slik revidering vil kunne medføre. Marecek og Hare-Mustin (2009, s.81) gir et eksempel hvordan verdier og normer reflektert i diagnoser kan gi uheldige konsekvenser for enkeltmennesket:

We worry that the criteria for mental illness put forward in the *DSM* reflects the values, customs, and norms of white, middle-class North Americans. This risks misjudgments – false positives and false negatives – when clinical encounters span cultural, social, and economic divides.

Tanken er at man ved å rette søkelyset på diagnoser ut fra et kritisk psykologi-blikk, vil bidra til å belyse og løfte fram områder som ellers er vanskelig tilgjengelig, og som hvis skjult, gjør det vanskeligere å se kompleksiteten som kan sies å ligge til grunn for fenomener, deriblant diagnoser.

Et annet vesentlig aspekt ved kritisk psykologi er det vi her vil kalle de mer normative aspektene ved fagdisiplinen, som viser seg i utsagn om at mainstream psykologi bidrar til, eller opprettholder, undertrykkelse og ulikheter. Til grunn for disse og beslektede utsagn ligger et ønske om å avdekke, for å pløye mark for, eller skape samfunnsforandringer for, maktesløse grupper i samfunnet (Fox et al., 2009; Prilleltensky & Fox, 1997). Denne politiske dimensjonen er mindre uttalt i vår oppgave. Men i det man tar for seg og vurderer elementer ved det som for mange gjenspeiler en vesentlig del av hovedstrømmen i psykologifaget og klinisk praksis, DSM, vil dette muligens kunne tas til inntekt for en kritisk vurdering av det bestående. Og kritisk å vurdere en forandring som er tilkommet DSM-5 er et hovedmål i denne oppgaven. Denne avgrensningen kan belyses med et sitat fra en innføringsbok i kritisk psykologi, der det står at: «...mainstream psychology's traditions reinforce oppressive institutions even when individual psychologists have no such goal in mind.» (Prilleltensky & Fox, 1997, s. 6). Gitt at DSM er en del av hovedstrømmen av psykologiens tradisjoner, vil diagnosemanualen kunne innbefattes av det nevnte sitat. Et slikt utsagn peker på de nevnte normative antagelsene som kan sies å ligge til grunn for den kritiske psykologien, i dette tilfellet at det ligger iboende undertrykkende krefter i store deler av psykologiens institusjoner, som den enkelte psykolog til tross for gode intensjoner vil kunne understøtte. For eksempel er det nok få psykologer som ønsker å sykliggjøre mennesker, men det eksisterer en viss mulighet for å gjøre dette ved å benytte seg av DSM eller andre diagnosemanualer, selv om målet til klinikere er bedring av symptomer og et mer fullverdig liv. Vi må anta at slike mer eller mindre skjulte undertrykkende og skadelige mekanismer eksisterer, men vil i det følgende åpne for at disse – og lignende antagelser, er konklusjoner som i så tilfelle bør følge av en nyansert vurdering av ulike perspektiver om samme fenomen.

Vi vil i denne oppgaven gjøre et forsøk på å unngå å la oss styre av normative antagelser som hypotetisk sett vil kunne bidra til å trekke konklusjoner før utforskningen er i gang. Samtidig vil det rent hermeneutisk være umulig å komme utenom at man har visse forutforståelser for undersøkelsesobjektet, og vi vedgår at vi i likhet med mange andre føler en bekymring for at normalreaksjoner sykliggjøres. Vi ser ikke bort fra at vår undersøkelse vil avdekke elementer

som viser ujevnheter i makt og ressurser, men det sentrale for oss er å belyse alle argumenter på en dekkende måte. I så måte vil vi derfor også eksempelvis vurdere og ta på alvor de som taler *for* diagnostiseringen av sorg i kapittel 5 og 6. En slik tilnærming vil forhåpentligvis bidra til at fenomenet vi skal se nærmere på i denne oppgaven belyses fra ulike vinkler, før vi i det avsluttende kapittelet samler trådene og med utgangspunkt i de nevnte argumenter gir stemme til vår egen posisjon.

1.3.4 Kritisk tenkning

Hva betyr det å tenke kritisk om et fenomen? Kritisk tenkning innen psykologi er ofte synonymt med strenge kvalitetskriterier knyttet til spesifikke vitenskapelig metodiske elementer, som kvaliteten på forskningsdesign og statistisk analyse (Slife, Reber, & Richardson, 2005). Det vil si at man er kritisk i den grad man bevarer en sunn skepsis til forsknings- og metodedesign. En slik vinkling vil selektivt kunne ekskludere visse emner fra en kritisk undersøkelse, og begrense tilfanget av kunnskap innenfor et fagfelt. I vår oppgave vil vi lene oss på en reformulering av kritisk tenkning, som især vektlegger to komponenter (Slife et al., 2005). Den første av disse viser til relevansen av kunnskap om antagelsene og de underliggende verdensanskuelsene som er knyttet opp til en disiplin eller forskningsfelt (se også Berger & Luckmann, 1966). En måte å nærme seg dette på er å differensiere og vise kompleksiteten i det temaet vi tar for oss, noe som også forhåpentligvis vil kunne bidra til å vise til egne posisjoner, hvilke premisser man selv står inne med. Tett knyttet opp til dette er den andre komponenten i reformuleringen av kritisk tenkning, nemlig at kritisk tenkning involverer å utvikle ideer og antagelser som er alternativer til de allerede eksisterende paradigmer. Ved å differensiere og undersøke aspekter ved et fenomen, håper vi også at alternativene blir tydeliggjort. Det er som nevnt tidligere ikke et mål i denne oppgaven ukritisk å hylle et alternativ til det rådende, men snarere å vise at det eksisterer ulike måter å oppfatte og forholde seg til samme fenomen på. Vi håper også at alternativer blir tydeliggjort videre i vår undersøkelse av andre måter å tenke om sorg og sorgprosessen på. Å være en god kritisk tenker har blitt sammenlignet med å være en god samtalepartner, og analogien viser til at: «...in a good conversation, both partners listen carefully to each other and may well come away from their encounter with a deeper appreciation of the other's perspective» (Slife et al., 2005, s. 275). Og selv om man ikke makter å overbevise samtalepartneren, vil begge parter kunne sitte igjen med en dypere og forhåpentligvis god nok forståelse av den andres perspektiv.

1.3.5 Oppgavens struktur

Oppgaven vår består av ulike deler, ulike kapitler, hvor vi begynner med et eksklusjonskriterium i DSM og ender i en diskusjon om konsekvensene av å eliminere dette eksklusjonskriteriet. Denne inndelingen, og rekkefølgen i den, er ment å skulle gjenspeile en gradvis mer utvidet forståelse av fenomenet, der vi tenker at en best mulig forståelse er avhengig av å belyse fenomenet fra ulike vinkler. En beslektet måte å tenke om fenomener på finner vi hos Bronfenbrenner (1979) i hans økologiske modell. I Bronfenbrenners modell blir individene forstått ut fra et utviklingsperspektiv der påvirkningen mellom individene og ulike sosiale institusjoner vil kunne bidra til en mer kompleks forståelse av individenes situasjon. Et vesentlig poeng er at Bronfenbrenner skiller mellom ulike systemer, hvor man går fra de små til de større systemene eller områdene, representert ved mikro-, meso, exo- og makrosystemene. Disse strukturene er vevd inn i hverandre, og påvirker hverandre gjensidig. Det er verdt å nevne at Bronfenbrenners modell spesifikt tar for seg individer i møte med ulike settinger og miljøer, og derfor på en måte kan sies å ligge utenfor vårt domene. Men, strukturene som Bronfenbrenner viser er av metodologisk relevans, da forståelsen av et fenomen, eller et individ, vil kunne berikes ved å ta for seg ulike systemer eller områder som påvirker fenomenet, og derav også hvordan fenomenet kan tolkes og ses. Beslektede tanker finner vi i hermeneutikk, og særlig i teorien om den hermeneutiske sirkel, som blant annet hevder at for å gripe helheten, må man vurdere og tolke de enkeltområder som helheten består av, og hvordan de gjensidig på virker hverandre (Alnes, udatert). En forståelse av enkeltdelene vil igjen påvirke vår forståelse av helheten. Vår tilnærming er å vise at de enkelte kapitlene, eller delene, i vår oppgave, påvirker hverandre, det er et gjensidig system som gjør at man forhåpentligvis frambringer en mer nyansert forståelse av helheten, forstått som vår tentative hypotese. For eksempel vil ens syn på sorg som normaltilstand eller sykdomstilstand både avhenge av og gjensidig påvirkes av både ens syn på diagnoser og sorgbegrepets historie. Vi slutter oss til Bronfenbrenner (1979, s. 33) som hevder at feilslutninger kan oppstå hvis man begår en «failure to take into account the full range of environmental forces that are operative in a given situation, including those emanating from contexts beyond the immediate setting». I dette ligger det også en avgrensning fra vår side, da vi tar for oss utvalgte områder for å belyse problemstillingene. Forhåpentligvis vil dette være dekkende nok, men vi ser ikke bort fra at andre tilnærminger med andre vektlegginger også vil kunne belyse sorgen på en formålstjenlig måte.

2 DSM og sorg som diagnose

2.1 Dødstap

I dette kapitlet skal vi se nærmere på de forandringer som fremkommer i den siste utgaven av DSM knyttet til sorg. Men før vi nærmer oss dette, vil en begrepsavklaring bidra til å bedre nyansere stoffet vi nå skal se nærmere på. Begrepene som benyttes som sorg og sorgprosessen er beslektede, men varierer noe i innhold. Et mye brukt begrep knyttet til diskusjonen om sorg og diagnostisering – og et særlig viktig begrep i denne oppgaven, er det engelske ordet *bereavement*. Begrepet har ingen god, direkte norsk oversettelse, men viser til «the objective situation of having lost someone significant» (Stroebe, Hansson, Schut & Stroebe, 2008, s. 6). Det refererer altså til at man mister en person som står en nær. Det å miste noen vil kunne inneha ulike betydninger, men i begrepet *bereavement* ligger det at en mister en som står en nær, til døden (Stroebe, Hansson et al., 2008). Dette er også en definisjon som er overens med definisjonen av *bereavement* i DSM, der begrepet viser til «the loss of a loved one» (American Psychiatric Association, 2000a, s. 356). Da vi ikke har funnet et begrep på norsk som samsvarer med betydningsinnholdet i *bereavement*, vil vi i denne oppgaven operere med en egen oversettelse av dette begrepet – *dødstap*, som vi tenker på en presis nok måte fanger essensen i det engelske begrepet. Når man mister noen som står en nær – som foreldre, barn, partnere eller venner, oppleves dette oftest som vondt og vanskelig for de etterlatte. Disse vonde opplevelsene som følger *dødstap*, kaller vi sorg (*grief*) (Granek, 2010). Sorg er et mangefasettert begrep, og dets betydningsinnhold vil derfor kunne variere noe avhengig av hvilke fasetter av sorg man tar for seg eller vektlegger. Et første utgangspunkt for å definere sorg er at det ofte refererer til den affektive reaksjonen som oppstår etter man har mistet signifikante andre til døden (Stroebe, Hansson et al., 2008). Denne affektive reaksjonen er som regel av negativ valør – med symptomer som tristhet, tomhetsfølelse og sinne. Sorg er ikke bare emosjonene som oppstår, men vil også kunne gi seg kognitive, atferdsmessige og somatiske utslag (Stroebe, Hansson et al., 2008). Sorg er også noe som kan vare over tid, noe som gjenspeiles i teorier om sorgarbeid og sorgfaser (Zisook & Shear, 2009). Hvordan sorgen utspiller seg vil kunne variere over tid, både hos en og samme person, personer imellom, og vil kunne affekteres av blant annet kultur og samfunnsnormer (Stroebe, Hansson et al., 2008). Sorg er noe som ofte oppfattes som en naturlig og normal reaksjon på dødstap, men kan også

anses som en patologisk reaksjon, noe som er en del av et sykdomsbilde som krever behandling (Granek, 2010).

Vi ser altså at sorg kan inneha flere komponenter, er noe som foregår over tid, vil kunne vise stor variasjon, og anses som normalt, patologisk, eller begge deler. Alle disse elementene ved sorg vil berøres i denne oppgaven, og ulike nyanser og meninger om både innholdet og validiteten i sorgens ulike deler vil gjøres til gjenstand for analyse og diskusjon.

2.2 DSM

DSM er en forkortelse for *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*. DSM-systemet har siden det først ble introdusert i 1952 vært det mest benyttede klassifikasjonssystemet for mentale lidelser (Malt, udatert). I DSM er det slik at hver diagnose er koblet til symptomer, plager og funn som må være til stede for å stille en psykiatrisk diagnose – såkalte inklusjonskriterier, og hvilke som ikke kan være til stede, eksklusjonskriterier. I tillegg er det til hver diagnose listet opp symptomer som må være til stede for å kunne stille diagnosen, samt informasjon om forløp og differensialdiagnostikk.

2.2.1 DSM-IV

Dødstap er i DSM-IV og DSM-5 knyttet opp til diagnosen *Major depressive episode/disorder*, heretter forkortet til MDE/MDD¹. Som ved andre diagnoser er det et minimum antall kriterier som må være tilfredsstilt før man kan stille diagnosen. De to mest fremtredende kriteriene og symptomene ved MDE/MDD er 1) nedsatt stemningsleie og 2) tap av interesse eller nytelse overfor tilnærmet alle aktiviteter (American Psychiatric Association, 2000b, 2013b). Minst ett av disse kriteriene må være tilfredsstilt for å stille diagnosen. Videre må minst fire av følgende symptomer være til stede: 3) signifikant vekttap, 4) insomnia eller hypersomnia, 5) psykomotorisk agitasjon eller retardasjon, 6) trøtthet eller tap av energi, 7) følelser av verdiløshet eller eksessiv eller upassende skyldfølelse, 8) svekket evne til å tenke eller konsentrere seg, eller ubeslutsomhet og 9) gjentakende tanker om død eller tanker om suicidalitet, uten at disse har manifestert seg i planer eller forsøk på å ta sitt eget liv. Videre må symptomene må ha vært til stede sammenhengende i en periode på minimum 2 uker. Disse kriteriene er de samme i både DSM-IV og DSM-5. I begge diagnosemanualene følger

¹ I DSM-IV benyttes betegnelsen *Major Depressive Episode* (MDE) om diagnosen depresjon, mens det i DSM-5 er korrigert til å hete *Major Depressive Disorder* (MDD).

så en liste med punkter som må være tilfredsstilt for at diagnosen kan stilles. Disse inkluderer blant annet at symptomene må ha skapt signifikant svekkelse i pasientens hverdag, samt differensialdiagnostiske vurderinger. En av disse differensialdiagnostiske vurderingene i DSM-IV tar for seg dødstop (American Psychiatric Association, 2000b, s. 355). Her står det skrevet at man ikke skal stille diagnosen MDE hvis symptomene bedre kan forklares som en reaksjon på dødstop. Unntagelser fra dette gjøres hvis symptomene vedvarer over 2 måneder eller inkluderer markert funksjonell svekkelse, morbid opptatthet av verdiløshet, suicidale tanker, psykotiske symptomer eller psykomotorisk retardasjon. Hva kan vi lese ut av denne redegjørelsen av dødstop i DSM-IV? For det første at man antar en viss likhet i symptomene mellom MDE og dødstop. For i det å foreta en differensialdiagnostisk avgrensning kan det sies å ligge implisitt antagelse om at fenomenene, eller lidelsene, har fellestrekk som man være oppmerksom på når man gjør en vurdering. I nær kobling til dette kan det sies å ligge en antagelse om at symptomene må tolkes ut fra den konteksten de opererer innenfor. Dette betyr at de samme symptomene hos ulike individer vil kunne gi forskjellige diagnoser, eller ingen diagnose i det hele tatt. For det andre, og dette er et vesentlig punkt, kan det for denne differensialdiagnostiske avgrensningen sies ligge en mer eller mindre uttalt ide om at visse reaksjoner på dødstop er en del av den normale måten å skulle reagere på etter at man har mistet en nærstående person. I DSM-IV tydeliggjøres dette ved å peke på at tristhet er et iboende aspekt ved den menneskelige erfaringen (American Psychiatric Association, 2000b, s. 355). Implisitt ligger det i dette at noen fenomener ikke skal diagnostiseres, ikke sykliggjøres, men gjennomleves og erfares som et grunnleggende, normalt fenomen ved det å være menneske. I den siste utgaven av DSM er denne delen som omhandler dødstop gjort om, en endring som er kjent som *bereavement exclusion*, eller dødstoppeksklusjonen, heretter forkortet til DE.

2.2.2 DSM-5

I den nye utgaven av DSM er den nevnte inklusjonen av dødstop som differensialdiagnostisk avgrensning fjernet (American Psychiatric Association, 2013a). Betydningen av dette er at man i teorien vil kunne stille diagnosen MDD etter et dødstop. Det er denne eksklusjonen av dødstop som har skapt sterke reaksjoner, og et gjennomgående tema er om dette kan ses på som en sykliggjøring av en normaltilstand (Frances, 2011; Wakefield, 2013). Kritikerne av denne eksklusjonen er blant annet bekymret for at mange som erfarer det man kan kalle variasjoner av normal sorg, istedenfor vil bli diagnostisert med en mental lidelse (Frances,

2011). Mens de som forsvarer eksklusjonen blant annet argumenterer for at dette vil oppmuntre de som erfarer alvorlig depresjon etter dødstop å søke hjelp (Pies & Zisook, 2010). Wakefield (2013, avs. 3) peker på dilemmaet klinikere står overfor: «The underlying issue is how to decide whether depression symptoms during bereavement represent normal grieving or a depressive disorder superimposed on grieving».

Eksklusjonen av dødstop i DSM-5 er utdypet med flere henvisninger til differensialdiagnostikk. For til tross for eksklusjonen av dødstop redegjøres det i DSM-5 for hvilke vurderinger klinikere må ta hensyn til når en pasient opplever symptomer på depresjon etter å ha mistet en av sine nære. For det første er det bemerket at man må foreta en nennsom vurdering for å skjelne normal tristhet og sorg fra MDD (American Psychiatric Association, 2013a, s. 155). Det påpekes videre at dødstop vil kunne medføre store lidelser, men at det vanligvis ikke medfører MDD. Når dødstop og MDD opptrer samtidig, forteller DSM at prognosen er verre enn hvis dødstop ikke ledsages av MDD. Det påpekes videre at dødstoprelatert depresjon har en tendens til å inntreffe hos individer med sårbarheter for utvikle depresjon, og at dødstoprelatert depresjon vil kunne behandles med antidepressiv behandling. Det vi ser her er altså at DSM vektlegger et skille mellom sorg og depresjon, og viser til at de fleste som opplever dødstop ikke utvikler en MDD. Men der hvor dødstop er koblet med symptomer på MDD vil det kunne tilsi behandling av symptomene. Det er verdt å merke seg at DSM henvender seg til klinikere om å utvise varsomhet i vurderingen når diagnose eventuelt skal settes. Hva denne nennsomheten går ut på utdypes i en note og fotnote under punktet diagnostiske kriterier (American Psychiatric Association, 2013b, s. 160-161). Her står det skrevet at responser til signifikante tap, hvorav dødstop er ett av disse, vil kunne inkludere symptomer som er like kriteriene for en MDD, som følelser av intens tristhet, søvnløshet og vekttap. Selv om symptomene kan anse som normale og hensiktsmessige reaksjoner på et tap, må klinikere være oppmerksom på symptomer på MDD i tillegg til normale responser på tap. DSM forklarer at en slik vurdering uunngåelig er en klinisk vurdering, og at klinikere i sin vurdering må vektlegge pasientens historie og kulturelle normer knyttet til symptomene. Det kan muligens virke noe upresist og forvirrende når DSM skjelner normale responser på tap fra symptomer på MDD. For hvordan skal man skjelne symptomer fra hverandre på denne måten når de, som DSM også påpeker, i stor grad er like eller ligner på hverandre, enten de er en del av en normal sorgprosess eller kan knyttes opp til diagnosen MDD? DSM gir oss et svar ved å presentere en lengre rekke med differensialdiagnostiske vurderinger klinikere må forholde seg til for å vurdere om en pasient

som har opplevd et dødstap tilfredsstiller kriteriene for en MDD (American Psychiatric Association, 2013b, s. 161). Disse punktene er verdt å angi her, av særlig to grunner. For det første gir de et innblikk i den mengden med informasjon klinikere må vurdere pasienten ut fra. For det andre vil deler av innholdet i de ulike differensieringene komme tilbake som utgangspunkt for drøfting senere i oppgaven. Følgende differensialdiagnostiske punkter nevnes: 1) Klinikere må vurdere hvilken affekt som kan sies å dominere: I sorg er den dominerende affekten tomhet og tap, mens det i MDE er et vedvarende nedstemt humør og manglende evne til å føle glede eller nytelse. 2) Dysforien i sorg vil ofte avta i intensitet over dager eller uker, og intensiteten vil komme og gå i bølger, såkalte *pangs of grief*. Disse bølgene vil oftest være assosiert med tanker eller minner om den avdøde. Det nedstemte humøret i MDD er derimot mer vedvarende og ikke knyttet til spesifikke tanker eller forestillinger. 3) Smerten eller sorgen knyttet til dødstap kan være forenlig med også å kjenne på positive emosjoner og humor, som er lite karakteristisk for den vedvarende ulykkeligheten og elendigheten som er karakteristisk for MDD. 4) Tankeinnholdet assosiert med sorg vil oftest relatere seg til et oppheng i tanker og minner om den avdøde, mens man i MDD oftere finner selvkritiske tanker og pessimistiske rumineringer. 5) Selvaktelsen er som regel intakt hos et individ som opplever sorg, mens følelser av verdiløshet og selvhat er vanlige i MDD. 6) Hvis selvnedssettende opptatthet er til stede under sorg, involverer det vanligvis oppfattet mislykkethet knyttet til den avdøde. 7) Tanker om død hos en sørgende er oftest knyttet til den avdøde og forhåpninger om å forenes med den avdøde, mens tanker om døden i MDD oftere er knyttet til å avslutte ens eget liv grunnet følelser av verdiløshet, at man ikke fortjener å leve eller ikke er i stand til å mestre smerten eller depresjonen. I møte med mennesker som opplever symptomer på depresjon etter å ha mistet en av sine nære, er dette altså de områder klinikere må vurdere symptomene ut fra.

2.2.3 Fra DSM-IV til DSM-5

For å oppsummere forandringen fra DSM-IV til DSM-5 ser vi for det første at DSM ikke lenger ekskluderer symptomer etter dødstap som utgangspunkt for diagnosen MDD. Videre ser vi at forandringen har medført detaljerte spesifiseringer til klinikere om hvordan man best kan skjelne mellom sorg og depresjon. Disse spesifiseringene viser på den ene siden at sorg – i hvert fall sorg som innehar symptomer på MDD, nå vil kunne diagnostiseres. Men, det er også tydelig at DSM er opptatt av å skjelne mellom sorg og depresjon, og formålet med de nevnte differensialdiagnostiske vurderinger må jo være å gjøre det lettere å skille sorg fra

depresjon, slik at den normale tristheten og sorgen ikke blir gjenstand for diagnostisering. Så derfor kan det hevdes at sorg nå i større grad kan bli gjenstand for diagnostisering, samtidig som det også åpner for en avgrensning av sorg som utgangspunkt for diagnose. Det er i dette farvannet at uenighetene viser seg, noe som kan sies å være forståelig, da sorg både kan tas til inntekt for å være innlemmet og ekskludert som diagnose. Eksklusjonen av dødstap i DSM-5 viser til spørsmål som har vært gjenstand for interesse over lengre tid, og fellesnevner kan sies å være spørsmålet om hvor vidt sorg kan anses som sykdom eller ikke? Dette er et spørsmål og en interesse som kan sies å få en særlig klinisk betydning av Freud (1917/2011), og spirene til den pågående diskusjonen finner vi i hans verker.

3 Sorg: Fra normaltilstand til sykdom

3.1 Ulike fortellinger om sorg

Hvordan man forstår sorg er avhengig av hvilken ramme eller teoretisk horisont man velger seg som utgangspunkt. En av disse rammene er preget av psykologisk og psykiatrisk tankegods. Men før vi ser nærmere på denne, er det verdt å merke at dette er en avgrensning som potensielt sett vil kunne innebære visse antagelser om hvordan man helst bør belyse sorg- og sorgprosessen. John Archer (1999, s. 4) skriver at:

(...) grief has been studied largely within a psychiatric and medical framework (...) this focus has held back our overall understanding of the process involved, since it is narrow in scope and has been dominated by one way of looking at grief, originating from psychoanalysis.

Forståelsen av sorg- og sorgprosesser vil altså kunne begrenses av det faglige ståsted man vurderer sorgen ut fra. Innenfor en psykologisk eller psykiatrisk innramming vil fokus i stor grad være koblet til ulike vurderinger av forløp, sykdom og behandling. Å både ta for seg historien fra et psykologisk og et psykiatrisk ståsted er av interesse, da det kan sies å eksistere ulike tilnærminger til sorg de to imellom, og der særlig sistnevnte fagområde kan sies å ha hatt en avgjørende betydning for sorg som noe potensielt diagnostiserbart. Og det er denne fortellingen vi nå skal ta for oss, hvordan sorgen ble et tema for psykologien og psykiatrien, og hvilke konsekvenser dette har for forståelsen av sorg. Men, ulike fagdisipliner vektlegger sorg på forskjellige måter – avhengig av fagets teoretiske premisser og utgangspunkt. Sorg har da også blitt gjenstand for analyse i så vidt forskjellige disipliner som sosiologien, filosofien, litteraturvitenskapen og biologien, for å nevne et utvalg (se bl.a. Averill, 1968; Breen & O'Connor, 2007; Pohl, 1997; Walter, 2010). Det er utenfor denne oppgavens rammer å belyse sorgen ut fra alle disse ulike fagdisiplinene, men for å tydeliggjøre hvilken effekt en annen disiplin eller fagfelt kan ha for synet på sorg, vil vi illustrere med et eksempel fra evolusjonsbiologien. Sorg ses vanligvis på som en allmennmenneskelig reaksjon, selv om dens form og intensitet vil kunne variere, dels grunnet kulturforskjeller (Archer, 1999). Tegn på sorg ses også i andre sosiale pattedyr og fugler, for eksempel etter tap av foreldre, barn eller partner. Dyr og barn viser lignende responser etter ha mistet en av sine nærmeste, og de mest frekvente responsene er fortvilelse og engstelse, og en passiv depressiv tilstand. Disse

responsene finner vi også hos voksne mennesker, men i mer utvidete og modifiserte former. Men hvordan kan det å ha det vondt være adaptivt? At det å kjenne fysisk smerte kan være nyttig og påkrevd for overlevelse er et kjent fenomen (Nesse, 2005). Det aktiverer oss til å lindre smerten. Andre fysiske responser, som eksempelvis feber, har en viktig adaptiv funksjon når vi har fått en infeksjon. Men blir feberen for høy, vil de adaptive elementer ved den kunne forsvinne. Gjelder dette også psykisk smerte? Å erfare sterke psykiske smerter vil kunne hindre adaptive responser, og gjøre det vanskelig å leve et ønskelig liv. Mange er i en slik tilstand avhengig av både psykologisk og medisinsk hjelp. Men nøyaktig hvor grensen går for hva som er adaptiv og ikke-adaptiv psykisk smerte er ikke bare en objektiv vurdering, men avhengig av blant annet individuelle forskjeller og samfunnsskapte forventninger og normer (Stroebe, Hansson et al., 2008). Et vesentlig spørsmål er hvor vidt samtidens forståelse av smerte er slik at det best mulige og ønskelige livet tilsvarer et liv tilnærmet blottet for smerte, og dermed at smertens potensielle adaptive egenskaper forblir ubenyttet og tapt som mulighet for et hypotetisk sett bedre, mer differensiert og rikere liv. Ut fra et evolusjonært perspektiv eksisterer det flere hypoteser om sorgens adaptive karakter. Nesse (2005) lister opp flere ulike grunner til at tristheten som følger av sorgen kan være nyttig, deriblant at man foretar seg beskyttende handlinger som hindrer flere tap og at man søker og oppnår kontakt med nære for gjensidig beskyttelse. For eksempel kan man tenke seg at en mor som har mistet ett av sine barn i drukningsulykke, i framtiden vil unngå å utsette de gjenlevende barna for en lignende fare, og bruke mye tid i etterkant på å tenke på hva hun kunne ha gjort for å forhindre tragedien. Kanskje vil denne erfaringen også generaliseres, slik at man er bedre rustet til å ta vare på både sin partner, nære familiemedlemmer og venner. Mødre som ikke utviser lignende responser, vil sannsynligvis erfare mindre psykisk smerte og ubehag, men deres barn – og eventuelt andre nære, vil være utsatt for risiko (Nesse, 2005). Implisitt i dette biologisk-evolusjonære perspektivet på sorg ligger det antagelse om at sorgen vil kunne inneha adaptive responser, at sorgen kan være god og formålstjenlig for mennesket. Dette betyr selvfølgelig ikke at de som opplever sorgen som tung, kvelende eller smertefull ikke har behov for eller kan nyttiggjøre seg psykologisk og eventuell medisinsk ekspertise. Poenget med framstillingen er snarere å vise at det eksisterer flere historier om sorg, og at disse historiene viser til ulike og av og til helt grunnleggende forskjellige måter å forholde seg til det samme fenomenet på. Et vesentlig poeng er altså at de teoretiske brillene man ser et fenomen gjennom også vil kunne implisere noe om hvordan man bør forholde seg til fenomenet. Å tilkjenne en åpenhet og kunnskap om både egne og andres perspektiver vil

kunne gjøre en bedre i stand til både å se fordelene og svakhetene ved det perspektivet man forfekter, og potensielt sett kunne virke til at man ikke trekker konklusjoner om fenomener på et utilstrekkelig grunnlag.

3.2 Sorgen før Freud

Det later til å være stor enighet i faglitteraturen om at sorg som et moderne psykologisk konsept først fikk sitt fotfeste med Freud og hans tekst *Sorg og melankoli* fra 1917 (Archer, 2008; Sandvik, 2011). Vi skal se nærmere på denne artikkelen, men de historiske linjene strekker seg lenger tilbake enn Freud. De gamle grekerne og romerne viet sorgen interesse, og flere av filosofene skrev såkalte *trøstebrev*, som blant annet inneholdt råd til den sørgende (Kamtekar, 2012). Felles for disse trøstebrevene, og mer eller mindre uavhengig av filosofiske skoleretninger, var en anbefaling om å sørge så lite som mulig, og ideelt sett ikke sørge i det hele tatt. Å sørge ble sett på som en svakhet man måtte overkomme eller en feil som måtte korrigeres. Ikke alle filosofer så like negativt på sørgeprosessen, for eksempel skrev Cicero i *Tuskulansk Disputasjon* at tapet av nære var et genuint tap som potensielt kunne skade ens lykke og velferd (*eudaimonia*), og derfor at følelser av sorg og tap i noen tilfeller kunne rettferdiggjøres (Kamtekar, 2012). Det kan muligens virke noe underlig sett med dagens øyne, men hadde sannsynligvis en formålstjenlig effekt i samtiden. For som Kamtekar (2012, s. 1-2) påpeker har vi i dag ”psychotherapists and priests to help us manage our personal difficulties and tend our anxieties and rages, the ancients had philosophers”. At sorgen kan være vond opplevelse er også en erkjennelse som strekker seg tilbake til bibelsk tid. I Paulus brev til Thessalonikerne 4-1:13-14 står sorgen nevnt eksplisitt:

Vi vil at dere skal vite, søsken, hva som skjer med dem som er sovnet inn. Dere skal jo ikke sørge som de andre, de som er uten håp. For om Jesus døde og sto opp, og det tror vi, så skal Gud også ved Jesus føre dem som er sovnet inn, sammen med ham.

I utdraget ser vi for det første en anerkjennelse av sorgen som noe som kan skape en fortvilet situasjon for de berørte, men også en kurativ funksjon i form av troen på evig liv. Tanker og teorier om sorgen og om og hvordan den kan lindres strekker seg altså lang tilbake i tid. Men ut fra et klinisk perspektiv – hvor et vesentlig moment er å skjelne ulike former for sorg eller responser på sorg fra hverandre, er en av de første som eksplisitt nevner dette Robert Burton i sitt verk *The Anatomy of Melancholy* (1651/2001). Burton skriver at melankolien – det vi i

dag omtrentlig sett kaller depresjon, som følger tap av nære, både kan gi normale reaksjoner, men også responser som kan gjøre en syk og i verste fall føre til døden (Archer & Fisher, 2008; Granek, 2010). Dette skillet er av vesentlig betydning for debatten om sorg den dag i dag. Rush (1812/1947) viser til symptomer på sorg, som afasi, feber og utvikling av grått hår, og gir videre råd om helbredelse i form av gråt, opium og årelating. Darwin (1872/2009) kartla ulike emosjonelle ansiktsuttrykk knyttet til depresjon og sorg, og hevdet videre et skille mellom mer frenetiske former for sorg, og sorg av en mer passiv, depressiv sort. Shand (1914/1920) skrev det som kan regnes som den første psykologiske studien av sorg. Her beskriver han ulike typer sorgreaksjoner og herunder individuelle variasjoner i sorg, men tar også for seg andre aspekter ved sorg, som behovet for sosial støtte og forandringer i sorgen over tid (Archer, 2008; Granek, 2010). Vi ser altså at mange av hovedmomentene klinisk sett er berørt allerede før moderne tid: normal versus syk sorg, sorgens forløp over tid, symptomer på sorg og behandling av sorg. Det var blant annet dette Freud bygde videre på i *Sorg og melankoli* (1917/2011).

3.3 Freud

Sandvik (2011, s. 7) skriver om *Sorg og melankoli* at den ”har preget det meste av både forskningsmessig og klinisk arbeid i forhold til sorg fram til ganske nylig”. Og historien om sorg som klinisk fenomen er som vi skal se tett koblet til forskning på sorg. Og det forskningsmessige preger også artikkelen til Freud, da hans betraktninger og teorier i stor grad stammer fra klinisk observasjon. *Sorg og melankoli* er en rik tekst, og bare deler av den omtaler sorgen. Andre beslektede temaer som tas opp er bipolaritet, rus, og melankoliens eller depresjonens vesen. Det er flere emner Freud omtaler som gjør at teksten fortsatt er relevant for forståelsen av sorg. For det første blir forbindelsen mellom sorg og melankoli tydeliggjort ved at Freud peker på likheten mellom det å erfare sorg og det å erfare melankoli. Freud (1917/2011, s. 138) lister opp symptomer som han hevder er felles for de to tilstandene, som «en dyp smertelig misstemning, opphevelse av interesse for utenomverdenen, tap av kjærlighetsevnen, hemning av enhver nytelse og en nedsettelse av selvfølelsen som kommer til uttrykk i selvbebreidelser og skjellsord mot en selv...». Det er særlig to ting som er påfallende med denne oppramsingen av det Freud kaller psykiske kjennetegn. For det første at den i større grad enn tidligere fokuserer på de indre, psykiske tegn på sorg og melankoli. Dette blir muligens tydeligere når vi sammenligner med symptomene som Rush (1812/1947)

fremhevde, som feber og utvikling av grått hår. For det andre kan man hevde at symptomene viser vei mot symptomene eller kriteriene om depresjon som er å finne i senere diagnosemanualer, deriblant DSM. Det er for eksempel en påfallende likhet mellom nedsatt stemningsleie – ett av hovedkriteriene i DSM om depresjon, og det Freud kaller en dyp, smertelig misstemning. Freud går videre og hevder at selv om symptomene mellom de to tilstandene ligner, er det ett punkt som skjelner sorgen fra melankolien, nemlig at man i sorgen ikke finner en forstyrrelse av selvfølelsen. Freud hevder på dette grunnlag at melankolien har et større potensial til å utvikle seg til å bli en lidelse eller sykdom, siden den i motsetning til sorgen inntreffer utenfor en umiddelbar, forståelig kontekst. Men visse personer, som har det Freud kaller en sykkelig disposisjon, vil kunne utvikle melankoli etter tap av nære, altså en sykkelig respons etter et dødstap. Ideen om at det eksisterer individuelle variasjoner man må ta høyde for, er noe vi også finner i de differensialdiagnostiske vurderingene om å skjelne MDD fra sorg i DSM-5. Et grunnleggende premiss for Freud (1917/2011, s.138) er allikevel betrakte sorgen som en naturlig menneskelig respons:

Det er også verdt å merke seg at det aldri vil falle oss inn å betrakte sorgen som en sykkelig tilstand og overlate den til behandling hos legen, selv om den fører med seg alvorlige avvikelser fra den normale atferden i livet. Vi stoler på at den vil være overvunnet etter en viss tid, og mener at det ikke er hensiktsmessig, ja, skadelig å gripe forstyrrende inn i den.

Til tross for de prøvelser sorgen fører med seg, hevder Freud altså at man ikke aktivt skal forstyrre sorgen med behandling, da dette vil kunne ha uhenksomme og potensielt sett skadelige konsekvenser. Det er videre verdt å merke seg at sorgen her betraktes som noe som skal overvinnes over tid. Freud forestiller seg her at den sørgende må gjennomføre et sorgarbeid. Han beskriver at den sørgende har en tendens til rette sin energi mot den avdøde, som en slags protest mot at denne ikke lenger er til stede. Denne protesten kan bli så intens «at en hallusinatorisk ønskepsykose får en til å fjerne seg fra realiteten og holde fast ved objektet» (Freud, 1917/2011, s. 138). Denne fastholdelsen vil kunne ha konsekvenser for et adaptivt liv, og gi seg utslag i at «det ikke blir noe igjen til andre prosjekter og interesser» (Freud, 1917/2011, s.138). Målet med sorgarbeid blir da å frigjøre seg eller løsrive seg fra den avdøde, og vende energi og oppmerksomhet mot andre mennesker, prosjekter og interesser. For Freud er altså sorgen et tidsavgrenset prosjekt, som hvis den gjennomføres på en riktig måte, vil gjøre at den sørgende i stor grad kan vende tilbake til sine tidligere funksjoner og

væremåter. Flere studier om sorg fulgte i kjølvannet av Freuds artikkel. Som Freud hevdet Abraham (1924/1927) at sorg og melankoli var to beslektede, men adskilte fenomener. Men Abraham skiller seg fra Freud hva gjelder sorgarbeidet. Der Freud hevdet at det beste for den sørgende var en løsrivelse fra den avdøde, mener Abraham nærmest det motsatte. Han påpeker at den helende prosessen som følger dødstop involverer å ta den avdøde med seg i sinnet, og at denne indre ivaretagelsen vil fungere som en trøst eller lindring for den sørgende. Deutsch (1937) fokuserte også på sorgarbeidet, men ut fra et noe annet perspektiv. Hun hevdet at både manifestert og ikke-manifestert sorg kunne gi seg patologiske utslag. Den ikke-manifesterte sorgen blir da en form for undertrykkelse av vansker knyttet til sorgen, som hvis den ikke blir oppdaget og gjennomarbeidet vil dukke opp som uhåndterbare symptomer for den sørgende.

3.4 Psykiatri

Både Freud, Abraham og Deutsch teoretiserte innenfor en psykoanalytisk/dynamisk ramme. Nærmest parallelt med denne utviklingen av sorgbegrepet finner man en beslektet historie om sorg, nærmere knyttet til det medisinske perspektivet, eller *psykiatrien*. Begrepet ble først introdusert av professor Johann Christian Reil i 1808, men dets moderne form og innhold er særlig koblet til Kraepelin (For mer om psykiatribegrepets historie, se Shorter (1998)). Kraepelin ville vise at psykologiske symptomer var arvelige og hadde et fysisk eller biologisk korrelat. Med dette som utgangspunkt forsøkte han å klassifisere mentale lidelser i henhold til felles mønstre eller symptomer. Som en logisk følge av denne klassifiseringen tenkte Kraepelin seg at mentale lidelser var som distinkte enheter å regne, de var utvetydige og kunne skjernes fra hverandre, noe vi i dag snakker om som den kategoriske tilnærmingen til diagnoser. Den første utkomne diagnosemanualen, *Statistical Manual for the Use of Hospitals for Mental Diseases*, utgitt i 1918, bygger på Kraepelins klassifikasjoner, og utkom i 10 utgaver fram til 1942. Første utgave av DSM kom i 1952 og er en direkte arvtager til denne første diagnosemanual. Hva hadde dette å si for den kliniske forståelsen av sorg? Granek (2010, s. 56) skriver at:

The development and use of the DSM and the focus on the scientific status of psychology both contributed to the shift of thinking about grief as a psychoanalytically concept on a continuum to a more distinct diagnostic pathology to be treated by mental health professionals.

Hvor vidt man skal betrakte psykiske lidelser som distinkte enheter med en klar cut-off for om diagnosen kan settes eller ikke, eller om man best kan betrakte psykiske lidelser som varierende i styrke ut fra et kontinuum, er fortsatt et uavklart spørsmål som også viste seg i debatten før utgivelsen av DSM-5. Men det som også påpekes i overfornevnte sitat er en tendens til å vitenskapeliggjøre psykologiske fenomener, deriblant sorg. Psykologien er fortsatt en ung fagdisiplin, og dens legitimitet er og har vært avhengig å bli anerkjent som en vitenskap, på linje med mer etablerte vitenskaper og profesjoner (Kraus, 2013). Å innføre psykiske lidelser som distinkte enheter var et første skritt i denne retningen. Et annet område som var med å befeste forståelsen av sorgen, var forskningen på sorgen, den vitenskapelige og mulige objektive tilnærming til fenomenet. Den første store studien om sorg er en empirisk undersøkelse av mennesker som har opplevd dødstop, og ble utgitt av Lindemann i 1944. Innledningsvis beskriver Lindemann (1944, s. 187) i denne artikkelen den akutte sorgen som «a definite syndrome with psychological and somatic symptomatology». Sorgen er altså både en medisinsk/psykiatrisk og psykologisk tilstand avgrenset fra andre syndromer. Det er også verdt å merke seg språkbruken om psykologiske fenomener, der begreper som *syndrom* og *symptomatologi* vil kunne gi assosiasjoner til det medisinske fagspråket (språket som benyttes om psykologiske fenomener, og hvilke assosiasjoner og implikasjoner dette vil kunne avstedkomme, vil tas videre opp i kapittel 6). Lindemann bruker videre store deler av artikkelen til å skjelne normale sorgforløp fra sykelige – eller slik han selv uttaler det, morbide sykdomsforløp, og herunder hvilke symptomer som vil kunne vise seg. Lindemann beskriver blant annet at symptomene både kan vise seg umiddelbart etter dødstop, men også etter en viss tid, samt at de kan være overdrevne eller mangle helt. Disse symptomene kan og bør pasientene få hjelp med, og Lindemann (1944, s. 198) skriver at «proper psychiatric management of grief reactions may prevent prolonged and serious alterations in the patient's social adjustment, as well as potential medical diseases». Som Freud hevder Lindemann at den sørgende må gjennomføre et sorgarbeid. Men til forskjell fra Freud mener Lindemann at psykiateren må være involvert nærmest uansett i dette arbeidet, enten for å behandle de sørgende, overvåke at sorgprosessen forløper som normalt, eller hvis de sørgende ikke er nok involvert eller viser passende symptomatologiske reaksjoner. Pasienten skulle frigjøre seg fra den avdøde og selv om Lindemann bruker et annet språk enn Freud, er løsrivning og reinvestering til adaptive gjøremål et vesentlig tegn på bedring også hos Lindemann. At sorg hører eksklusivt inn under psykiatriens domene er også noe som eksplisitt nevnes i Lindemanns artikkel, der andre profesjoners manglende evner til å ivareta de sørgende utgjør

et grunnlag for å fremheve og konsolidere psykiatriens ekspertise. Dette kan ses på som en variant av *psykologisering*, eller *psykiatrisering*, hvor stadige flere av samfunnets sfærer blir lagt inn under og forbeholdt en psykologisk eller psykiatrisk forståelsesmåte (se bl.a Brinkmann, 2011; Madsen, 2012a). Lindemann retter som Freud søkelys på flere relevante dimensjoner som er av viktighet for å gripe de historiske røtter til samtidens debatt om sorg som diagnose. Men Lindemanns tilnærming til sorg er i større grad med å trekke sorgen inn under i en vitenskapelig ramme, der en vektlegging av medisinske og patologiske konsekvenser fører sorgen nærmere et sykdomsperspektiv, og dermed også det diagnostiserbare. Flere studier og teoretiske bidrag fulgte etter Lindemann, og var med på å gi sorgen et patologisk tilsnitt. Av viktige navn kan særlig nevnes Parkes (1965; 1971), som skrev en rekke artikler om sorgen ut fra et psykiatrisk ståsted. Parkes bygde videre på Lindemanns arbeider, og var med på å befestе ideen om at sorg er en kompleks prosess som krever intervensjoner og behandling. I takt med forskningen knyttet til sorg og sorgprosesser, ble det også utviklet spørreskjemaer som ble gjenstand for statistiske analyser. Det er nærliggende tenke seg at disse metodene også var med å trekke sorgen inn under det vitenskapelige og psykiatriske domenet. For én konsekvens av slike spørreskjemaer var at man nå kunne måle sorgen, og dermed også måle nivåer av patologi knyttet til sorg. Det har etter hvert tilkommet flere slike måleinstrumenter, og blant de som er i bruk i dag finner vi blant annet *Grief Cognitions Questionnaire* og *Inventory for Complicated Grief*. Det er viktig å påpeke her at slike måleinstrumenter vil kunne fange opp og hjelpe mange som har behov for oppfølging etter et dødstap. Men, slike redskap vil også potensielt gjøre noe med hvordan vi tenker om det å sørge. At ens responser etter dødstap kan måles, analyseres og dertil behandles er tett knyttet til ideen om sorg som noe som kan og muligens bør diagnostiseres og behandles, og vil – på samme måte som språket vi benytter om døden og sorgen, kunne virke normativt inn på hvordan man betrakter sorgprosessen (Gullestad, 2013).

3.5 Ulike sorgforståelser

Historien om sorgbegrepet og vår forståelse av dette i dag kan derfor ses på som en gradvis patologiseringsprosess, hvor medisinen, psykiatrien, psykologien og forskningen har virket sammen på måter som gjør at sorg har gått fra å være en utfordrende, men nødvendig del av livet, til å bli en psykologisk eller psykiatrisk tilstand som kan måles og behandles. Vi så innledningsvis i dette kapittelet at forståelsen av sorg vil kunne variere avhengig av hvilket

faglig ståsted man vurderer fenomenet ut fra. Men også innenfor det psykologiske feltet finner vi ulike stemmer – og som vi har sett kan man hevde at det grovt sett går et skille mellom de mer psykologiske betraktningsmåtene – her representert ved psykoanalytiske eller dynamiske tilnærminger, og den psykiatriske tilnærmingen, der den sistnevnte tilnærmingen især har bidratt til en patologisering av sorgen. Forståelsen av sorg i dag er på en lignende måte variert. For eksempel viser Sandvik (2011) til andre sider av en samtidig sorgforståelse, hvor elementer fra tidligere tiders teoretisering og praksis vil kunne skape et mangefasettert og rikere bilde – samt avgrensning, av hva sorg kan være og innebære. Sandvik (2011, s. 8) skriver om denne nye sorgforståelsen:

Den nye forståelsen av sorg vektlegger nyansene i reaksjoner og uttrykk, og mangesidigheten i de psykologiske prosesser. Sorgen utvikler seg gjennom vekslende tema, med ulik intensitet over et langt tidsforløp, og den utspiller seg gjennom mange prosesser både i den enkelte sørgende og i hans eller hennes samspill med omgivelsene. Sorg betraktes som personlig og individuell. Målet for den sørgende er å finne sin egen måte å sørge på.

Sorgen har her ikke et patologisk fortegn først og fremst. De ulike variasjoner av sorg – som tema, intensitet og forløp, blir her trukket frem som viktige markører som gir et utgangspunkt for effektive måter for den enkelte å sørge på. Vi ser her altså at det er ulike måter å konseptualisere sorg på innen den psykologiske feltet, noe som vil bli videre tydeliggjort når vi i kapittel 5 viser de ulike argumentene for og i mot dødstop-ekklusjonen i DSM-5. Men før vi når dit er det vesentlig å presentere de teorier, modeller og begrepsavklaringer som har preget og fortsatt preger oppfatningen av sorg. Disse sier oss noe om både hvilke funksjoner og forløp sorg kan ha og bør ha – og som vi skal se, er de også av viktighet for å videre belyse patologiseringen av sorg, samtidig som visse elementer peker i retning av sorg som en normaltilstand.

4 Modeller og teorier

4.1 Innledning

Vi skal i dette kapittelet se nærmere på et utvalg av de mer kjente modellene og teoriene om sorg. Som Sandvik (2003, s. 25) påpeker vil «kjennskap til dem gi oss en dypere forståelse av sorg», noe som er i tråd med én av målsetningene til denne oppgaven om å differensiere sorgprosessen. Videre i kapittelet skal vi se nærmere på det som oftest omtales som komplisert sorg. Avslutningsvis vil vi i dette kapittelet presentere den relevante forskningen som er gjort om de ulike modeller, teorier og om komplisert sorg.

4.2 Fasemodeller

Blant de mer kjente og mest omtalte modellene finner vi stadie- eller fasemodellene. Felles for disse modellene er at de beskriver sorgforløpet som ulike sekvensielle og suksessive stadier eller faser den sørgende går eller bør gå igjennom. Tanken om at sørgende går igjennom ulike faser finner vi blant annet i arbeidene til teoretikere vi tok for oss i forrige kapittel, som Darwin, Freud og Lindemann. I moderne tid er nok den modellen som har fått størst oppmerksomhet den Elisabeth Kübler-Ross utviklet etter å ha intervjuet flere døende pasienter. I sin bok *On death and dying* (1969) beskriver hun en modell bestående av fem elementer den døende går eller bør gå igjennom: benektelse, sinne, forhandling, depresjon og aksept. Da hun observerte likheter mellom stadier den døende gikk igjennom og de stadier den sørgende går igjennom, utvidet hun i sin bok *On grief and grieving* (Kübler-Ross & Kessler, 2007) modellen sin til også å gjelde faser den sørgende går eller bør gå igjennom. Kübler-Ross beskriver også at elementene i modellen vil kunne benyttes overfor den sorgen de pårørende vil kunne oppleve før en nær person dør – all den tid døden er forventet og ikke kommer plutselig. Denne sorgen kaller hun *forventet sorg*. Det er på sin plass med en liten bemerkning om de normative aspekter ved denne modellen. Hennes modell har blitt tatt til inntekt for å gjenspeile en trinnvis prosess hvor man er avhengig av å gå igjennom alle elementene i modellen suksessivt for at sorgprosessen skal være vellykket (Prigerson, Vanderwerker & Maciejewski, 2008). Men, som hun selv skriver: «They [de fem stadiene] are tools to help us frame and identify what we may be feeling. But they are not stops on some linear timeline of grief. Not everyone goes through all of them or goes in a prescribed

order» (Kübler-Ross & Kessler, 2007, s. 7). Modellen er altså ment som et slags heuristisk rammeverk til hjelp for de som opplever sorg. Ikke alle vil bevege seg innom alle punktene i modellen, og rekkefølgen vil kunne variere fra person til person. Modellen har, som Sandvik (2003, s. 27) påpeker, blitt populær i vide kretser, og «den har vært et viktig grunnlag for utformingen av programmer for støttetiltak og for profesjonell håndtering av de sørgende.» Et potensielt dilemma er at modellen – eller bruken eller tolkningen av den i helsevesenet og ellers, ofte vil kunne virke normativt i form av man anser at den sørgende *må* igjennom en eller flere av disse fasene. Noe som igjen vil kunne gi press på den sørgende om å «sørge riktig».

Et vesentlig moment i de fleste fasemodeller er det vi kan betrakte som en beslektet type modell, *sorgarbeidsmodellen* (Archer, 2008). Denne har røtter tilbake til Freud, og fremhever at den den sørgende aktivt må jobbe seg igjennom sorgen for å nå en god tilpasning etter tapet. Et vesentlig moment i denne modellen er at man må konfrontere tapet og på denne måten løsrive seg fra den avdøde. Det å unnlate å forholde seg til og kjenne på vanskelige tanker og emosjoner knyttet til tapet anses her som uheldig, noe som vil kunne gi den sørgende videre plager og vansker med tilpasning. Sorgarbeidsmodellen har, som fasemodellen, vært et viktig element i flere støtte- og behandlingsprogrammer.

4.3 Toprosessmodellen

Toprosess-modellen ble utarbeidet av Margaret Stroebe og Henk Schut, og var dels et svar på det de anså som mangler ved sorgarbeidsmodellen – deriblant upresis definisjon, manglende empirisk belegg, manglende validering på tvers av ulike kulturer, og et manglende fokus på intrapersonlige prosesser og helseutfall (Stroebe & Schut, 1999). Modellen neglisjerer ikke sorgarbeidet slik det er definert ovenfor, men hevder at dette bare er ett vesentlig aspekt ved det å sørge. Modellen skjelner mellom to typer mestring (*coping*): *tapsorientert* mestring og *restaureringsorientert* mestring. Tapsorientert mestring er det som kommer nærmest den tradisjonelle forståelsen av sorgarbeid. I denne type mestring vektlegges den sørgendes bånd med den avdøde, og involverer vanligvis tenkning om den avdøde, om livet slik det har vært og forholdene om omstendighetene rundt dødsfallet. Forfatterne påpeker at denne type mestring er vanligere rett etter dødstapet, men at det oftest er slik at det svinger mellom de to ulike måtene å mestre på. Den andre formen for mestring, restaureringsorientert mestring, fokuserer på tilpasning etter tapet. Disse refererer til de sekundære konsekvenser ved tap, og

involverer blant annet å mestre oppgaver som den avdøde tok seg av, å reorganisere sitt liv uten den avdøde, og å utvikle en ny identitet som reflekterer livet etter tapet. Et annet vesentlig aspekt ved denne formen for mestring er at den vil kunne involvere det å ikke forholde seg direkte og konfronterende til tapet, at det også vil være av verdi i perioder å kunne tillate seg å benekte eller ikke å forholde seg til tapet. Det er denne siste formen for mestring forfatterne hevder har vært neglisjert i forskningen og tenkningen om sorg. Det er videre et dynamisk forhold mellom disse to formene for mestring, og en sentral komponent i modellen er oscillasjonen eller vekslingen mellom tapsorientert- og restaureringsorientert mestring, og at denne vekslingen er nødvendig for en optimal tilpasning over tid.

4.4 Tilknytningsteori

I John Bowlbys (1969, 1973, 1980) teori om tilknytning er tap og separasjon vesentlig aspekter ved den menneskelige erfaring. Bowlby beskrev tilknytningsatferd hos spedbarn og barn, der en nærhet til omsorgsgiver vil gi overlevelsesmessige fortrinn. Hvis barnet separeres fra omsorgsgiver framviser barnet adaptiv atferd – som protest og skriking, som fordrer tilfredsstillelse av de behov som ikke er dekket. Denne atferden observerte Bowlby også hos andre dyrearter, og han så blant annet på dette grunnlag atferden som evolusjonær adaptiv, som medfødte atferdsmønstre. Bowlby viste også til responser på tap hos voksne. På samme måte som hos barn vil voksne også reagere med først sjokk, så ulike protestresponser preget av en leting og søken etter å få tilfredsstilt sine behov. Men der barnets protester ideelt sett blir møtt – og dermed at ulike protestresponser avtar, vil et menneske som opplever dødstop ikke oppnå den samme tilfredsstillelsen av sine behov. Med tilknytningsteorien som forutsetning og bakteppe postulerte Bowlby en fasemodell om sorg, bestående av fire faser. Den første av fasen preges av sjokk og nummenhet, den andre fasen av protest og leting og søking. Den tredje fasen preges av en depressiv og fortvilet tilstand, mens den fjerde fasen gjenspeiler det å komme seg til hektene igjen, en aksept av tingenes tilstand og en reorganisering av livet uten den avdøde. I sine senere arbeider går Bowlby (1980) lengre i å skjelle sin teori fra sorgarbeidsmodeller, og hevder at smerten ved sorgen fører til en omforming av indre representasjonelle modeller og en reorganisering av tilknytningskonfigurasjonen, og at begge disse inkluderer en fortsettelse av forholdet eller båndet til den døde. Bowlby (1980, s. 98) skriver at:

For many widows and widowers it is precisely because they are willing for their feelings of attachment to the dead spouse to persist that their sense of identity is preserved and they become able to reorganize their lives along lines they find meaningful.

Hans teori og modell om sorg samsvarer i stor grad med toprosessmodellen, da begge modeller eller teorier åpner for et dialektisk samspill mellom vedvarende symbolsk bånd med en tapt tilknytningsfigur, og en begynnende søken og avhengighet av andre mennesker eller andre oppgaver (Mikulincer & Shaver, 2008).

4.5 Stress- og traumeteorier

I stressteorier om sorg fokuserer man især på de subjektive evalueringer som den sørgende foretar seg om vanskene knyttet til dødstapet (Bonanno & Kaltman, 1999). Viktige momenter er den kognitive vurderingen og mestringsstrategier. I kognitiv stressteori skjelner man mellom primær- og sekundærvurderinger. Primærvurderinger refererer til en persons vurderinger om hvor vidt man kan komme til skade eller dra fordeler av en gitt hendelse. Sekundærvurderinger refererer til vurderingen av mulige mestringsvalg for unngå skade eller forbedre egen posisjon. Overfører man denne teorien til dødstap blir spørsmålet om hvor vidt et dødstap medfører stress, i stor grad avhengig av hvordan dødstapet evalueres av den som har mistet en av sine nære. En person som har opplevd et dødstap vil derfor kunne erfare smerte og tristhet, men ikke nødvendigvis erfare tapet som en vedvarende kilde til stress og uro. Når man opplever stress, igangsettes ofte ulike mestringsstrategier for å kontrollere stressnivået. Disse kan være å distansere seg, forandre mening knyttet til en situasjon eller lede til atferd som endrer noe i den sørgendes møte med personer og/eller miljø (Lazarud & Folkman som sitert i Bonanno & Kaltman, 1999). Effekten av mestringsstrategier avhenger særlig av hvordan den sørgende møter personer og miljø. I motsetning til sorgarbeidsantagelser vil man her anse mestring som involverer unngåelse til å potensielt sett ha en adaptiv funksjon. Dette perspektivet – at man ikke nødvendigvis trenger å konfrontere sorgen direkte for å få det bedre etter et dødstap, er noe som vi har sett er en implikasjon av toprosessmodellen.

Å erfare et dødstap har også blitt koblet til et traumeperspektiv, hvor man har sett at dødstap som kommer brått eller voldsomt - som ved eksempelvis mord, gjør at de etterlatte vil kunne

vise ikke bare symptomer på depresjon, men også symptomer på PTSD (posttraumatisk stresslidelse) (Bonanno & Kaltman, 1999). Symptomer på PTSD er blant annet gjenopplevelse av det opprinnelige traumet når ulike stimuli knyttet til traumet aktiveres, og problemer med søvn, sinne og en veldig grad av årvåkenhet. Et vesentlig moment i traumeperspektivet tillegges meningsskaping knyttet til den traumatiske episoden, hvor det regnes som sentralt å plassere den traumatisertes forståelse av hendelsen i større meningsfulle strukturer og narrativer (Janoff-Bulman som sitert i Bonanno & Kaltman, 1999). For å oppnå dette har flere pekt på viktigheten av å snakke om tapet. Dette er ikke identisk med det å konfrontere tapet – slik sorgarbeidsmodellen forfekter, da det å verbalisere tapet innenfor et traumeperspektiv er ment å skulle bidra til integrasjon og kognitiv restrukturering av de mer vanskelige aspekter ved tapet, samtidig som man utforsker andre mulige selv eller identiteter, og arbeider for en selvregulering av vanskelige emosjoner og kroppslige reaksjoner (van der Kolk som sitert i Bonanno & Kaltman, 1999).

4.6 Meningsteorier

Som vi så er det å skape ny mening et aspekt ved traumeperspektivet. Meningsskaping og rekonstruksjon av mening er sentrale elementer i flere teorier om dødstop. Når man mister en som står en nær, vil man kunne oppleve en følelse av tomhet og meningsløshet. Dette tapet av mening er som regel knyttet til det at man føler man har mistet verdifulle og meningsfylte perspektiver som tidligere var forbundet med relasjonen til den avdøde. Sandvik (2003, s. 36) peker på at sorg ved dødsfall ikke bare er knyttet til det konkrete tapet og fraværet av den døde, men også mening i en mer generell forstand: «Det er som en mister seg selv, eller en selv ødelegges. Dette tapet av mening gjør at den sørgende i større eller mindre grad mister grunnlaget for handlingsvalg, identitet og virkelighetsfortolkning». Hare-Sentralt i flere teorier om meningsskaping er at den sørgende bør restrukturere eller revidere sine meningsstrukturer. En måte å oppnå dette på er for den sørgende å aktivt finne en mening med tapet, å finne lyspunkt eller trøstende aspekter i sorgerfaringen og å reorganisere ens identitet som en som har overlevd (Gilles & Neimeyer, 2006). Teorien og forskningen omkring *posttraumatisk vekst* viser også til det å finne mening igjen etter et dødstop. Posttraumatisk vekst refererer til erfaringen av positiv forandring som inntreffer som et resultat av å ha kjempet mot en veldig utfordrende livskrise, og manifesterer seg på ulike måter, blant annet en økt verdsettelse av livet generelt, en økt grad av meningsfylte relasjoner,

økt grad av personlig styrke, forandrete prioriteringer og et rikere eksistensielt og spirituelt liv (Tedeschi & Calhoun, 2004). Det eksisterer derfor i følge denne teorien ulike veier til et nytt meningsfylt liv etter et dødstap, og en beslektet forskningstradisjon er den som trekker fram ulike positive utfall etter et dødstap. Noen sentrale forskere innen dette feltet kommenterer at: «There is little argument about the pain, hardship, and negative effects of losing a loved one. What has been largely overlooked, however, is the seemingly paradoxical observation that grief leaved in its wake many positive outcomes.» (Frantz, Farrell & Trolley, 2001, s.191). Blant de områder man har vært opptatt av med tanke på positive utfall er sosiale bånd, spiritualitet, livsstil og emosjoner (Frantz et al., 2001). Dette innebærer ikke en fornektelse av den smerten og de vanskelige emosjonene man vil erfare etter et dødstap, men en erkjennelse av at det har skjedd en forandring hos den sørgende, og videre at «different does not necessarily mean devastated, or completely vulnerable, or a vesicle of unending pain» (Frantz et al., 2001, s. 196). En slik vektlegging av ressurser og potensielle positive utfall tangerer tenkningen som har utspunnet seg rundt den relativt nyvunne fagdisiplinen *positiv psykologi*, der man blant annet vektlegger den enkeltes positive subjektive erfaringer og positive individuelle trekk (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

4.7 Komplisert sorg

Ikke alle som opplever et dødstap evner å integrere sorgerfaringen på en god nok eller adaptiv måte. Slike vanskelige sorgreaksjoner går under ulike navn – som patologisk sorg, abnorm sorg, traumatisk sorg, overdreven sorg og utsatt sorg (Dyregrov, 2006). Et begrep som har fått stor utbredelse er *komplisert sorg*. Worden (som sitert i Dyregrov, 2006, s. 780) beskriver essensen i dette begrepet som en «intens sorg som ikke får en avslutning og som har en overdreven varighet». Man anslår at rundt 10 prosent av de som opplever et dødstap vil erfare komplisert sorg (Zisook & Shear, 2009). Det har etter hvert blitt utviklet ulike taksonomier av varierende omfang for å fange inn de mest vesentlige aspektene ved komplisert sorg. Flere av de nylige foreslåtte taksonomiene legger seg i form tett opp til diagnosemanualer som DSM og ICD, i det man lister opp symptomkriterier og funksjonelle svekkelser som må være til stede for å kunne plassere reaksjonene til den sørgende som en form for komplisert sorg (Dyregrov, 2006). Vi kommer tilbake til dette i kapittel 6. Man har også vurdert risikofaktorer for å utvikle komplisert sorg. Av de som er i faresonen finner vi som nevnt tidligere de som erfarer et brått og uventet dødstap, foreldre som mister sine barn, at den sørgende har en

historie med tidligere psykiske problemer, høy grad av avhengighet av den avdøde, samt lav selvaktelse og mestringsevne (Parkes, 2002; Stroebe & Schut, 2001).

4.8 Evidens for de ulike modellene og teoriene

Vi har hittil i dette kapittelet gjennomgått de vesentligste modeller, teorier og begreper knyttet til sorg- og sorgforståelsen. Men ikke alle perspektivene er like populære i dag, og forskningen og evidensen om de ulike sorgforståelsene har bidratt til å nyansere nytten og verdien knyttet til de ulike perspektivene. Dyregrov (2006, s. 779) hevder at det «har skjedd en revolusjon i vår forståelse av sorg de siste 20 år», og han er en av flere som refererer til Wortman og Silvers artikkel «Myths of coping with loss» (1989) som et vesentlig bidrag for den samtidige forståelsen av sorgens vesen (Archer, 2008; Bonanno & Kaltman, 1999). Flere sentrale hypoteser om sorg blir i denne artikkelen vurdert ut fra tilgjengelig forskning. Funnene til Wortman og Silver indikerer for det første at depressive tendenser ikke med nødvendighet følger et dødskap. For det andre er ikke det å oppleve vanskelig og tøffe emosjoner nødvendig for å komme seg igjennom sorgen. Å ikke framvise eller kjenne engstelse eller smerte knyttet til et dødskap er altså ikke en indikasjon på patologi. For det tredje er det også lite evidens som taler for at de som har opplevd dødskap erfarer utsatt sorg. For det fjerde viser den eksisterende forskningen at det ikke er nødvendig å jobbe seg igjennom en sorg, såkalt sorgarbeid. Fravær av denne prosessen er ikke med nødvendighet maladaptiv. Snarere viser forskningen at å aktivt arbeide seg igjennom sorgen etter et dødskap vil kunne varsle om videre vansker i å håndtere tapet. Lignende funn om vanskeligheter med å håndtere tapet er også gjort om de som erfarer stor grad av engstelse og stress rett etter et dødskap. For det femte er det ikke alltid slik at den sørgende oppnår en løsning eller avslutning i forhold til tapet, eller evner å komme opp med forklaringer om tapet som er tilfredsstillende. Dette gjelder særlig hvis dødskapet kommer brått og uventet. En ulempe ved en eventuell opprettholdelse av det forfatterne kaller myter om å mestre et tap, er at andre – både leg- og fagfolk, vil kunne forvente av de sørgende om å rette seg etter det man antar er riktige og gode måter å sørge på, og at man sørger unormalt hvis man ikke følger disse retningslinjene. Videre vil slike myter også kunne feste seg som sannheter hos de sørgende, noe som potensielt vil kunne devaluere egne responser og gi antagelser om at disse indikerer underliggende problemer eller patologi snarere enn adaptive og gode nok måter å håndtere sorgen på. I en oppfølgingsartikkel, hvor forfatterne gjennomgår evidens fra nyere forskning,

konkluderer Wortman og Silver (2001) med at de gjennomgåtte studiene gir sterk støtte til de opprinnelige konklusjonene som listet opp ovenfor. Disse funnene har vært med å bidra til en rekke forandringer i synet på sorg. De før nevnte fasemodellene har mistet mye av sin opprinnelige popularitet. Det er ikke nødvendigvis slik at den sørgende verken går igjennom ulike faser, eller at fasene følger etter hverandre som i en nødvendig trinnvis prosess. Som nevnt tidligere i omtalen om fasemodellen til Kübler-Ross (2007) lå ikke disse antagelsene implisitt i modellen, men som Wortman og Silver (2001) påpeker fortsetter mange av de feilaktige forestillingene om sorg å leve i beste velgående blant klinikere og folk flest. Sorgarbeidsmodellen har også på samme måte blitt sterkt imøtegått, og ideen om nødvendigheten ved å konfrontere tapet for den sørgende står ikke like sterkt som før. Et annet element ved flere teorier og modeller, at adaptiv sorg involverer på ulike måter å bryte båndet med den avdøde, eller oppnå en løsning eller avslutning på sorgen, har også sunket i popularitet. De fleste teorier og modeller vi har tatt for oss vektlegger som siste adaptive ledd at den sørgende bør komme seg på bena igjen og ta opp igjen aktiviteter og relasjoner på en meningsfull måte. Men ikke alle er like eksplisitte i om båndet til den avdøde bør brytes eller ikke. Som vi har sett anså Freud det å bryte båndet med den avdøde som en vesentlig faktor for tilfriskning. Senere teorier er derimot ikke alltid like eksplisitte i at om dette er en komponent som følger med en vellykket sørgeprosess. Samlet sett kan vi noe forenklet si at flere av teoriene og modellene – som tilknytningsteori, stress- og traumeteorier, meningsteorier og toprosessmodellen, åpner for adaptive variasjoner i mestring av sorg, som ikke i samme grad som tidligere foreskriver én riktig måte å sørge på. Elementer som grader av sorgarbeid og ivaretagelsen av bånd til den avdøde blir i disse modeller og teorier mer vurdert som mulige elementer ved en formålstjenlig sørgeprosess.

Det har også blitt utviklet intervensjonsprogrammer basert på noen av teoriene og modellene. For eksempel indikerer flere studier at det går bedre for den sørgende hvis man evner å finne mening knyttet til dødstapet (Stein et al. som sitert i Neimeyer, Burke, Mackay, & Stringer, 2009; Schwartzberg & Janoff-Bulman, 1991). Toprosessmodellen har også blitt testet i et intervensjonsprogram, hvor utfallet ble sammenliknet med en annen form for psykoterapi, interpersonlig psykoterapi (Shear, Frank, Houck, & Reynolds, 2005). Resultatene viste her at intervensjonen basert på toprosessmodellen var mer effektiv. Av de som erfarer komplisert sorg, rundt 10 prosent av de som opplever et dødstap, vil det være et potensielt behov for oppfølging og eventuell behandling. Det er verdt å merke seg at de teorier og modeller som er blitt presentert, oftest viser til hvilke aspekter som bør være til stede hvis en sorgprosess skal

forløpe som normalt. Og det gjør jo den jo for de aller fleste. Samtidig vil disse modellene og teoriene også være til hjelp for rette oppmerksomheten mot områder som kan hjelpe dem som opplever komplisert sorg å nærme seg en mer formålstjenlig sørgeprosess. På denne måten kan man tenke seg at flere av de nevnte teorier og modeller, i hvert fall elementer ved dem, vil kunne bidra til å hjelpe sørgende ut av den kompliserte sorgen. I den før nevnte studien hvor toprosessmodellen var det teoretiske grunnlaget, er målgruppen de som erfarer komplisert sorg (Shear et al., 2005). Terapeutisk behandling rettet mot de som erfarer komplisert sorg, såkalt *complicated grief therapy*, har også vist seg effektiv (Wetherell, 2012). Dette er en terapiform med vekt på kognitiv terapi, og den har som sitt teoretiske hovedgrunnlag tilknytningsteorien. Forlenget sorglidelse (Prigerson et al., 2008) har som sitt evidensbaserte grunnlag den ovenfor nevnte studien til Shear et al. (2005), altså toprosessmodellen.

Samtidens forståelse av teorier og modeller er med Sandviks (2011, s. 9) ord ikke lenger preget av «en stor sammenhengende teori, men av flere modeller og teorier som utfyller hverandre». De ulike tilnærmingene har som presentert gjennomgått store revideringer, avkreftelser og bekreftelser, og til tross begrenset empirisk forskning på spesifikke intervensjoner, er feltet preget av et mangfold, og kanskje viktigere, en aksept av mangfoldet med målsetningen om å best forstå og hjelpe det særegne ved individets sørgeprosess, og da især den maladaptive sørgeprosessen.

4.9 Sorgintervensjoner og behandling av sorg

Schut og Stroebe (2005) deler dødstapsintervensjoner inn i tre kategorier; primære-, sekundære- og tertiære intervensjoner. Primære intervensjoner er de som er myntet på alle sørgende, til alle som har erfart et dødstap og erfarer ukomplisert sorg. Sekundære intervensjoner retter seg mot sørgende i høyrisiko, altså mot de som av en eller annen grunn antas å kunne erfare kompliserte former for sorg. For eksempel ved mord eller om man mister flere nære under traumatiske omstendigheter. Tertiære intervensjoner rettes mot personer som opplever komplikasjoner i sørgeprosessen. Behandling involverer her blant annet psykoterapi for å lindre komplisert sorg eller assosierte forstyrrelser eller lidelser. Schut og Stroebe (2005) litteraturgjennomgang av studier knyttet til de ulike typer intervensjoner viser mindre gode eller moderate effekter av primærintervensjoner. Positive resultater i visse studier vil kunne avhenge blant annet av at den sørgende selv aktivt oppsøkte hjelp, at intervensjoner ble igangsatt noe senere i sørgeprosessen - etter flere måneder eller år etter dødstapet, og noen

studier viste også god effekt av primærintervensjoner rettet mot barn. Funn knyttet til sekundærintervensjoner viser moderate effekter, og i mange av studiene er forbedringen bare midlertidig. Sekundærintervensjoner ser ut til å ha best effekt for de som er i en særlig høyrisikosituasjon, og for barn og ungdom. Tertiærintervensjoner viser til positive og vedvarende, men oftest moderate resultater. Samlet sett er det de tertiære intervensjonene som viser til best effekter, men visse grupper – som barn, ungdom og høyrisikogrupper, vil også kunne dra nytte av primære- og sekundære intervensjoner. Nyere studier viser også til en kjønnsforskjell, der jenter ser ut til å ha bedre effekt av intervensjoner enn gutter. Disse funnene gir flere implikasjoner. For det første at rutineintervensjoner til alle som har erfart dødstop ikke har vist seg empirisk levedyktig. Raphael, Middleton, Martinek og Misso (som sitert i Schut & Stroebe, 2005, s. 146) forteller i så måte at «there can be no justification for routine intervention for bereaved persons in terms of therapeutic modalities – either psychotherapeutic or pharmacological – because grief is not a disease». For det andre er det ikke anbefalt å gripe inn med intervensjoner umiddelbart etter et dødstop, da dette vil kunne forstyrre den naturlige sørgeprosessen. For det tredje ser det ut til at intervensjoner fungerer best når de sørgende selv søker hjelp. Disse er muligens mer motiverte og opplever sterkere symptomer. For det fjerde ser det ut til jo mer komplisert sørgeprosessen er, desto bedre effekt vil man oppnå av intervensjoner. Men, det er fortsatt ubesvarte spørsmål, og disse knytter seg særlig til kartlegging om hva som fungerer for hvem – med forhåpninger om mer skreddersydde intervensjoner, samt en bedre forståelse og identifisering av risikofaktorer. Intervensjoner har også blitt gitt over internett, og noen studier viser til positive funn (Stroebe, van der Houwen, & Schut, 2008). Samlet sett viser intervensjonsforskningen til flere positive funn, men det påpekes også at det ligger et stort forbedringspotensial i å skulle tilpasse intervensjoner og behandling for den enkelte sørgende.

Vi har tatt for oss ulike teorier og modeller og noen intervensjoner og behandlinger som er gitt med utgangspunkt i disse. Men dette bildet er ikke helt representativt for mangfoldigheten i den type hjelp de sørgende vil kunne bli tilbudt. Det eksisterer blant annet selvhjelpsgrupper, edukasjonsprogrammer, programmer for kognitiv restrukturering og oppøvelse av atferdsevner, støttegrupper, gruppeterapi, hypnoterapi, atferdsterapi og dynamisk terapi (Schut & Stroebe, 2005). Det er utenfor denne oppgavens rammer å gi en grundigere presentasjon av disse, men vi skal i det følgende se kort på to av de mer tradisjonelle skoleretningene innen psykoterapi. Familieterapien er representert med *familiefokusert sorgterapi* (Kissane & Lichtenthal, 2008). Denne terapiformen gis familier som antas å være i

risiko for å utvikle det forfatterne kaller morbide dødstapsutfall og målet er å optimalisere familiens relasjonelle funksjonering og gjensidig støtte, å oppfordre og oppmuntre til å dele sorgen, og promotere adaptiv mestring. Det teoretiske grunnlaget er hentet fra tilknytningsteori, kognitiv prosesseringsteori og gruppeadaptasjonsteori. Innenfor en variant av såkalt dynamisk korttidsterapi henter man inspirasjon både fra freudiansk tankegods og tilknytningsteori, der en patologisk sorg tilskrives en fiendtlig, meget ambivalent og skyldbetyntet tilknytning til den avdøde (Della Selva, 1996). Noen utsagn innenfor denne terapiretningen, som at man som kliniker må ha et godt kjennskap til «the natural course of mourning», kan muligens virke noe utdaterte, da få vil hevde bare én naturlig eller adaptiv måte å sørge på (Della Selva, 1996, s. 113). Et lignende utsagn om sorgarbeid kan – med bakgrunn i forskningen vi tidligere har vært innom, også virke noe utdatert: «Unless the acutely painful feelings of grief and mourning are directly experienced, no joy or happiness is possible.» (Della Selva, 1996, s. 113). Vi har tidligere sett at en slik direkte konfrontering vil kunne virke mot sin hensikt, i hvert fall i tiden umiddelbart etter et dødstap. Men, innenfor denne terapiretningen foretar man såkalte *trials* – eller prøveterapi, for å se om den er egnet for den enkelte pasient. Og, denne individuelle tilpasningen er – som vi har vært inne på, et nøkkelmoment ved den nye sorgforståelsen. Dyregrov (2006, s. 785) forteller med et kasuseksempel den potensielle nytten av blant annet å benytte seg av et sorgarbeidselement i terapi med sørgende, og utdyper at «for de som har kompliserte sorgreaksjoner, er det nå, avhengig av hva de sliter mest med, mulig å skreddersy opplegg som kan hjelpe dem til å leve med tapet på en måte som i mindre grad reduserer deres livsutfoldelse».

4.12 Sykelig eller normalt?

Vi har i dette kapittelet tatt for oss ulike modeller, teorier og intervensjoner om sorg. Hvilken effekt kan disse ha på oppfattelsen av sorg? På den ene siden vil det at sorg gjøres til gjenstand for analyse i psykologien kunne forsterke den tendensen vi omtalte i kapittel 3, at sorg oppfattes som noe sykelig som vil kunne kreve behandling og oppfølging. På den andre siden inneholder flere av teoriene og modellene deskriptive elementer som snarere er ment å belyse ulike veier sorgen kan ta, noe som ikke nødvendigvis vil gi assosiasjoner til sykdom. Videre vil det vi har omtalt som den moderne sorgforståelsen både inkludere sørgende som trenger mer tilpasset behandling, og de som ikke nødvendigvis har behov for dette.

5 Debatten

5.1 Dødstapeksklusjon i DSM

Hva var rasjonale for å ekskludere dødstap fra depresjonsdiagnosen i DSM-IV? For det første er det slik at symptombildet ligner: En som har opplevd et dødstap vil kunne utvise symptomer lik de som viser seg hos en som er klinisk deprimert, som tristhet, manglende appetitt, trøtthet, manglende konsentrasjon og manglende glede i å utføre hverdagslige aktiviteter. Hadde ikke symptombildet lignet, ville det vært unødvendig å ekskludere dødstap som mulighet for å stille en depresjonsdiagnose. Lamb, Pies og Zisook (2010) forklarer da også at eksklusjonskriteriet kom til som en konsekvens av empirisk forskning på sorg på 60- og 70-tallet, som viste at normale reaksjoner på sorg ofte lignet symptomatologisk på MDE. For det andre må det ligge til grunn en antagelse om at de som opplever dødstap ikke vil ha utbytte av eller eventuelt kan ta skade av å bli diagnostisert med en depresjonsdiagnose. Wakefield, Schmitz, First og Horowitz (2007) har i så måte uttrykt at meningen med eksklusjonskriteriet var å unngå falske positive diagnoser, noe som vil forhindre klinikere i å definere normale reaksjoner som patologiske. Et nærliggende eksempel er hvis en som har opplevd dødstap feildiagnostiseres og settes på antidepressiva med alle de potensielle uheldige virkninger det vil kunne få. *Bereavement exclusion*, eller dødstapeksklusjonen (DE), ble først innført i DSM III i 1980. Her het det seg at en depressiv episode ikke skulle skyldes ukomplisert dødstap, at man ikke skulle stille diagnosen MDE hvis pasientens symptomer ikke matchet kriteriene om alvorlighet, lengde og signifikant svekkelse i funksjonsnivå. I den reviderte utgaven, DSM III-R, innførte man symptombaserte kriterier for å skjelne normal fra komplisert dødstapsrelatert depresjon. Dette for å høyne reliabiliteten ved diagnosesetting (Wakefield, Schmitz & Baer, 2011). I DSM-IV blir DE videre revidert, og det fremheves at MDE ikke bør settes som diagnose hvis pasientens symptomer inntreffer i kort tid etter dødstapet, hvis symptomene ikke vedvarer over lenger tid, og hvis det ikke inkluderer visse symptomer som kan indikerer patologi. En vesentlig forskjell i DE fra DSM-III til DSM-IV er at DSM-IV innførte en varighetsterskel på 2 måneder før man kan stille diagnosen, mens man i DSM-III bare nevnte at symptomene skulle ha vedvart over tid, uten å benevne spesifikt tidsaspektet. Men derimot har tolkninger i forskningslitteraturen av hva som menes med *forlenget* oftest indikert at en ukomplisert sorgreaksjon kan vare opp til 1 år (Wakefield, Schmitz & Baer, 2011). Det har fra DSM-III til DSM-IV altså funnet sted en gradvis

utbrodering av hva DE innebærer, og Rush (1998) hevder at målet med denne justeringen har vært å forbedre validiteten til MDE-diagnosen ved å unngå falske negative. Hva er argumentene for og imot å beholde DE i DSM-5. Vi skal først ta for oss de som argumenterer for å beholde DE i DSM-5, dernest skal vi presentere funnene til de som ønsker å eliminere DE fra DSM-5, for så presentere ordvekslingen som fulgte fra de ulike fløyene. Til sist i kapittelet vil vi ta for oss mulige årsaker til uenigheten – andre forhold enn de rent vitenskapelige som vil kunne ha virket inn på utfallet, at DE ble fjernet i DSM-5.

5.2 Argumenter for å beholde DE i DSM-5

Wakefield, Schmitz og Baer (2011) undersøkte validiteten i eksklusjonskriteriene fra DSM-III til DSM-IV. Forfatterne påpeker at målet med DE er å identifisere de dødstapsrelaterte depressive episodene som er mest sannsynlig å være innenfor det normalforventede området av responser etter dødstop. En implisitt hypotese i DSM-IV er at man ved å innføre flere begrensninger i DE, vil oppnå en bedre validitet i å skjelne de mindre fra de mer alvorlige dødstapsrelaterte depressive episodene. Resultatene av underøskelsen til Wakefield, Schmitz og Baer (2011) viste at validiteten sank fra DSM-III til DSM-IV, og altså at kriteriene som benyttes i DSM-IV førte til at flere lavpatologiske tilstander ble feilklassifisert som lidelse. Dette funnet vil i følge forfatterne ha betydning for forslaget om å eliminerer DE i DSM-5:

If narrowing the exclusion in 1994 weakened its validity and did not lead to increased diagnosis of high pathology cases, but rather to increased diagnosis of low pathology cases, this suggests that eliminating the exclusion altogether would be likely to weaken the validity of the overall major depression category rather than strengthen it. (Wakefield et al., 2011, s. 72).

Ved å eliminere DE i DSM-5 står man altså i fare for senke validiteten videre, og forfatterne ber derfor om å utvise forsiktighet når man vurderer DE fjernet. Forskningsgruppen knyttet til Jerome Wakefield har presentert flere funn enn det nevnte, og vi skal nå se nærmere på noen av disse. Wakefield et al. (2007) undersøkte data hentet fra *National Comorbidity Survey (NCS)* og fant at sorg ikke er en unik stressfaktor sammenlignet med reaksjoner på andre typer sammenlignbare tap, som for eksempel skilsmisse og tap av jobb. Forfatterne konkluderte med at: «The NCS data do not support the validity of uniquely excluding uncomplicated bereavement but not uncomplicated reactions to other losses from MDD

diagnosis» (Wakefield et al., 2007, s.433). Funnene viser at det gir mening i å skjelne kompliserte fra ukompliserte dødstapsresponser, og at dette høyst sannsynlig reflekterer henholdsvis lidelse og fravær av lidelse. Men funnene viser også at sorg ikke er en unik stressfaktor. Her kan man tenke seg at konklusjonen om hvor vidt dødstop skal ekskluderes eller ikke i DSM-5 kunne gått begge veier. For hvis dødstop ikke er en unik stressfaktor, gir det da ikke intuitivt mening å skulle fjerne DE, for på den måten å ikke ekskludere andre stressorer som også ikke gir kompliserte reaksjoner? Wakefield et al. (2007, s. 439) går heller i motsatt retning og peker på muligheten for at «DSM-type symptom severity criteria should also be adopted for other stressors», altså at man heller bør vurdere eksklusjonskriterier for flere av de ukompliserte stressorene, i tillegg til dødstop. Det er verdt å merke seg at dette funnet peker på andre forhold enn DE. For hvis DSM ikke evner å skjelne ut alle de ukompliserte stressfaktorene som unntak for å stille en depresjonsdiagnose, er dette noe som vil kunne svekke validiteten til selve diagnosen MDE, da den potensielt sett ikke evner godt nok å skjelne de friske fra de syke. Dette er en problemstilling som Wakefield og Horwitz berører i sin bok *The loss of sadness* (2007), hvor de blant annet hevder at DSM ser ut til å definere enhver form for tristhet som lidelse eller sykdom. Hvis ikke en depresjonsdiagnose evner å skjelne de deprimerte fra de ikke-deprimerte, vil det, slik Wakefield og Horwitz (2007) hevder, kunne åpne opp for at normalreaksjoner diagnostiseres, noe som vil gi en sterk økning i falske positive diagnoser.

Etter som utgivelsesdatoen for DSM-5 nærmet seg – og forslagene til revideringer ble publisert, ble også konklusjonene i artiklene tydeligere. Wakefield og Schmitz (2012) undersøkte longitudinelle data fra *Epidemiologic Catchment Area Study*, og fant at *dødstapsrelatert depresjon* – som er responser etter dødstop som ikke tilfredsstillende en diagnose, er markant forskjellig fra *standard depresjon* - det vil si ikke-ekskluderte former av MDE. Hovedfunnet er at dødstapsrelatert depresjon viser til mindre grad av gjentakende episoder av MDE enn ved standard MDE, og videre at det ikke er en signifikant forskjell i gjentakende episoder av depresjon mellom de som opplever dødstapsrelatert depresjon, og den generelle populasjonen som aldri har hatt MDD. Forfatterne konkluderer med å uttrykke en bekymring knyttet til falske positive og en dertil unødvendig behandling av sørgende. I en studie av Wakefield og First (2012) vurderes og drøftes ikke bare funn som støtter opp om å beholde DE i DSM-5, men også de studier som hevder å vise det formålstjenlige i å forkaste DE i DSM-5. Etter en grundig litteraturgjennomgang hevder forfatterne at visse studier som ble benyttet for å argumentere for eliminering av DE, benyttet seg av et utvalg pasienter hvor

de fleste ikke hadde dødstapsrelatert depresjon, og derav at utvalgene var irrelevante for å vurdere validiteten til DE. Videre forteller forfatterne at i de studier som inkluderte tilfeller av dødstapsrelatert depresjon, var konklusjonene som ble trukket feilaktig fremstilt som å gi entydig støtte til å eliminere DE i DSM-5. Videre viser forfatterne til den nevnte studien til Wakefield og Schmitz (2012), som støtte for validiteten til DE, og konkluderer på samme linje med verdien av å beholde DE i DSM-5 for å unngå falske positive. Forfatterne foreslår også å innføre et såkalt kontekstuellt kriterium, og gir i artikkelen et forslag til hvordan dette kan se ut i den kommende diagnosemanualen. Dette kriteriumet forteller om hvilke kontekstuelle elementer man må ta i betraktning i de differensialdiagnostiske vurderingene som må gjøres for å skjelne dødstapsrelatert depresjon fra standard depresjon. First (2011) utførte en nytte-kostnadsanalyse og kom også fram til den potensielle faren for falske positive hvis man fjerner DE fra DSM-5. Videre forklarer First (2011, s. 6) at: «The cost to the individual patient involves the risk of having a normal grief reaction misdiagnosed as a major depressive episode, which may result in unnecessary treatment, stigmatization and other negative discriminatory effects». First (2011) påpeker også at det å fjerne DE vil kunne oppfordre klinikere til å tro at MDD faktisk er en sykdom, da MDD i følge First ikke definerer en faktisk sykdom, men beskriver det faktum at en viss ansamling av symptomer må ha opptrådd samtidig innen en 2-ukers periode. Selv om argumentet går i retning av å beholde DE er derimot First (2011) mer advarende mot å innføre eksklusjonskriterier for andre stressorer, selv om dødstop har vist seg å ikke være en unik stressfaktor. Et problem med å innføre flere eksklusjonskriterier vil være at man vil kunne få flere falske negative, at de som faktisk er klinisk deprimerte ikke blir fanget opp, en konklusjon også Wakefield og Schmitz (2012) støtter opp om.

Maj (2008, s. 1374) hevder derimot at dødstop kan regnes som en unik stressfaktor sammenlignet med andre årsaker til depresjon: «The death of a loved one is a clear-cut, easily ascertainable life event that is usually out of the person's control, but other adverse life events may be quite different in these respects». Dette peker i retning av at dødstop muligens bør vurderes på en annen måte enn andre stressfaktorer, og derfor at DE bør beholdes i DSM-5. Zisook og Shear (2009) er inne på lignende tanker når de hevder at selv om dødstop og depresjon innehar lik symptomatologi, er det ikke nødvendigvis slik at de representerer det samme syndromet. For eksempel refererer forfatterne til funn som viser at selv om mennesker som erfarer dødstop vil kunne erfare intense former for tristhet, er det få av disse som tilfredsstiller kriteriene til en MDE i DSM-IV. Videre påpekes det at sorg er en kompleks

erfaring hvor både positive og negative emosjoner framtrer samtidig. Etter som tiden går vil intense, triste emosjoner som kommer i bølger (det vi tidligere i oppgaven har referert til som *pangs of grief*) inntreffe med større mellomrom enn rett etter dødstapet. Disse bølgene er vanligvis stimulusbundet, og sammenfaller med indre og ytre påminnelser om den avdøde. Dette i motsetning til MDE, som vanligvis er mer gjennomtrengende, vedvarende og viser til større grad av svekkelse i funksjonsnivå. Man kan tenke seg at disse funnene viser til argumenter for å beholde DE i DSM-5. Men Zisook og Shear (2009, s. 71) er opptatt av at konsekvensene ved å overse depressive symptomer etter man har opplevd et dødstop: «(...) several studies have found that bereavement related major depression is more similar to than different from, other forms of major depression, and that it responds to treatment in much the same way as other, non-bereavement related major depression». Vi kommer nærmere tilbake til studiene som viser til likhet mellom dødstoprelatert depresjon og standard depresjon. For det vi har gått inn i nå, og som vi skal se nærmere på i neste del i kapittelet, er proponentene som taler for å eliminere DE i DSM-5. Samlet sett ser vi at de som taler for å beholde DE argumenterer for at en eksklusjon vil kunne føre til en økning av falske positive og dertil unødvendig behandling, at validiteten til depresjonsdiagnosen vil svekkes, at det vil kunne gi stigmatisering, og at det vil kunne oppfordre klinikere til å tro at MDE/MDD er en faktisk sykdom.

5.3 Argumenter for å eliminere DE i DSM-5

Det er forskningsgruppen tilknyttet Sidney Zisook som har vært særdeles aktiv i fremme forslaget om å eliminere DE i DSM-5. Som nevnt er det gjort studier som viser at dødstoprelatert depresjon ligner depresjon som ikke er dødstoprelatert, det som også har blitt kalt standard depresjon. Zisook og Shear (2009) hevder som nevnt at det eksisterer flere studier som viser dette, men i artikkelen sin refereres det kun til to studier. I den første av disse studiene finner Zisook, Shear og Kendler (2007) at både dødstoprelatert depresjon og standard depresjon ligner hverandre syndromatisk mer enn de er forskjellige. Forfatterne er videre opptatt av at dødstop ikke er en unik stressfaktor, og derfor ikke bør ekskluderes:

If someone has met the criteria for MDE for more than two weeks after assault, divorce or myocardial infarct, we do not say that he is not depressed or call his depressive syndrome a «normal stress response»; instead, we make the diagnosis of

MDE and consider the most appropriate treatment options. (Zisook et al., 2007, s. 105).

Forfatterne viser også til forskning som viser effekt av medikamentell behandling av dødstapsrelatert depresjon, og at dødstapsrelatert og standard depresjon har lignende symptomatologi – som svekket psykososial funksjonsnivå, komorbiditet med andre stemningslidelser, følelser av verdiløshet, svekket immunforsvar, søvnforstyrrelser, psykomotoriske forandringer og selvmordstanker. Men som forfatterne nevner er disse funnene i hovedsak hentet fra forskning utført på deltagere 2 måneder etter dødstapet, og at videre forskning må gjøres på denne 2-måneders perioden, for å se om likhetene fortsatt er til stede da. Samlet sett hevder forfatterne at bevisene går i retning av at DE bør vurderes fjernet i DSM-5. I den andre artikkelen som Zisook og Shear (2009) trekker fram som bevis for at dødstapsrelatert depresjon ikke skiller seg nevneverdig fra standard depresjon, utføres en sammenligning av flere trekk ved både dødstapsrelatert og ikke-dødstapsrelatert MDE. I denne prospektive studien av Karam et al. (2009) finner man på lik linje med funnene til Zisook et al. (2007) at symptombildet ligner hverandre uavhengig av om depresjonen kan knyttes til dødstap eller ikke. Karam et al. (2009) peker på dette grunnlag på at kriteriet om at symptomene må vedvare over to måneder ikke holder mål. Dette funnet er altså med på å fylle gapet til Zisook et al. (2007) i spørsmålet om symptomatologien mellom de to formene for depresjon også ligner i perioden rett etter et dødstap: «No difference were found in the risk of recurrence, and the bereaved and non-bereaved individuals seem to have similar prognosis when meeting any of the five DSM IV criteria for at least 2 weeks (...)» (Karam et al., 2009, s. 108). Forfatterne konkluderer derfor med at funnene deres ikke støtter opp om validiteten til DE i DSM-IV.

I en empirisk litteraturgjennomgang undersøkte Zisook og Kendler (2007) også spørsmålet om dødstapsrelatert depresjon er det samme som eller skiller seg ut fra standard depresjon. Forfatterne forteller at ikke alle funnene er konsistente og videre forskning anbefales. Men funnene peker i retningen av at det eksisterer et kunstig skille mellom dødstapsrelatert depresjon og standard depresjon: «Although the definitive study has yet to be completed, the preponderance of available data supports the hypothesis that BRD [bereavement related depression] resembles typically cases of SMD [standard depression], and therefore should be considered instances of SMD» (Zisook & Kendler, 2007, s. 791).

Zisook et al. (2012) utfører senere en litteraturgjennomgang som er ment å fange opp forskningen på feltet fra 2006 til 2012. Funnene viser at dødstapsrelatert depresjon ikke er forskjellig fra MDE, at begge former for depresjon viser en genetisk påvirkning, har større familiehistorie med MDE, begge former har lignende personlighetskarakteristiske og komorbiditetsmønstre, er like sannsynlig å være kronisk og/eller tilbakevendende og begge responderer på antidepressiva. Konklusjonen blir som før at DE ikke skal beholdes i DSM-5. Forfatterne henvender seg også til motstemmene som peker på faren ved å fjerne DE: «Eliminating the BE is not meant to «medicalize» grief; but rather to facilitate accurate diagnosis and appropriate treatment for those bereaved individuals who also are suffering from an episode of major depression» (Zisook et al., 2012, s. 442). En eliminerings av DE er altså ment å skulle gi hjelp til de som trenger det, og selv om det ikke nevnes eksplisitt, må hensikten være å senke forekomsten av falske negative, noe som betyr at det potensielt sett er flere som trenger hjelp som per dags dato ikke får den hjelpen de har behov for. I en studie av Corruble, Chouinard, Letierce, Gorwood og Chouinard (2009, s. 1) nås en konklusjon som mer spesifikt nevner frykten for feildiagnostisering, og forfatterne hevder at «the DSM-IV MDE bereavement exclusion should be modified since they [symptomene] could result in patients failing to be correctly diagnosed and treated». I denne studien sammenlignet man alvorlighet og mønstre i symptomer hos pasienter som var ekskludert fra MDE-diagnose grunnet dødstop, men ellers tilfredsstilte kriterier for diagnosen, med pasienter som tilfredsstilte alle kravene for en MDE-diagnose. Forfatterne fant at de pasientene som var dødstopsekskludert fra diagnosen MDE faktisk var mer alvorlig deprimert enn pasienter med som tilfredsstilte kravene for en MDE-diagnose. Kessing, Bukh, Boch, Vinberg og Gether (2009) undersøkte pasienter som hadde erfart en førstegangsdepresjon, og skilte mellom tre grupper: de som opplevde sin første depresjon med dødstop, de som opplevde sin første depresjon grunnet andre stressende livsforhold, og de som opplevde sin første depresjon uten umiddelbart synlige utløsende forhold. Her fant man at forskjellene mellom gruppene var minimale og konkluderte med at «these findings imply that subjects who following loss of a loved one present with symptoms that qualify for a diagnosis of depression should be treated for depression in the same way as other patients» (Kessing et al., 2009, s. 807). Shear et al. (2011) peker på at mennesker som prøver å komme seg igjennom sorgen vil kunne oppleve det som frigjørende når problemene deres tas på alvor og behandling igangsettes. Fox and Jones (2013) forteller at en annen verdi ved få en depresjonsdiagnose etter dødstop er knyttet til de rettigheter som følger en diagnose, som forsikringsdekket behandling og andre tjenester.

Samlet ser vi at de som taler for å eliminere DE argumenterer for at en fortsatt inklusjon vil kunne gi økt grad av falske negative, at en diagnose vil kunne virke frigjørende, vil kunne utløse rettigheter, og at en eliminering vil tilrettelegge for eksakt diagnosesetting og passende behandling, inkludert antidepressiva.

5.4 Andre perspektiver

Man kan få inntrykk av at denne debatten står mellom to uforenlige posisjoner, og i stor grad stemmer dette bildet. Men, det finnes også stemmer som prøver å nærme seg debatten fra en annen innfallsvinkel enn enten-eller. Fox og Jones (2013, s. 118) forteller at de ulike forslagene vil kunne by på ulike utfordringer: «Just as there are potential benefits to removing the bereavement exclusion, there are also potential risks that include false positive diagnosis and misleading clinicians to believe that bereavement in the form of depression is a disease.» Å fjerne DE i DSM-5 vil kunne føre til overdiagnostisering, men å beholde den vil kunne føre til underdiagnostisering. Det pekes også på etiske utfordringer i det å skulle fjerne DE i DSM-5, at det vil kunne bli en utfordring for klinikere å balansere kultursensitivitet opp mot det å sette en eksakt diagnose. På den annen side påpekes det sorgreaksjoner også har vist seg å kunne medføre suicidal atferd for visse pasienter. Fox og Jones (2013, s. 118) forteller også at det å lete etter årsaken til depresjonen, kan fjerne oppmerksomheten fra det å hjelpe pasienten der den er: «Searching for the cause of depression can detract attention from the client's distress and waste valuable time counselling that is better spent remediating the client's current level of distress». Gutting (2013, avs. 10) hevder at andre perspektiver bør trekkes inn i debatten om DE:

For cases like the bereavement exclusion, the DSM should give equal weight to the judgment of those who understand the medical view but who also have a broader perspective. For example, humanistic psychology (...) would view bereavement not as much a set of symptoms as a way of living in the world, with its meaning varying for different personalities and social contexts.

Her fremheves andre perspektiver enn det medisinske, noe som dels kan sies å tangere det vi har vært innom tidligere i kapittel 3, at andre perspektiver enn det medisinsk-psykiatriske har blitt skjøvet vekk i defineringen og forståelsen av sorg og sorgerfaringer.

5.5 Debatten

Artikkelforfattere fra begge leire har ved flere anledninger gjort forsøk på motbevise motstandernes argumenter. I den før nevnte artikkelen til Wakefield og First (2012) ble flere artikler av forskningsgruppen knyttet til Sidney Zisook vurdert og på flere punkter ikke funnet holdbare. Corruble (2012) besvarer denne kritikken og gir eksempler hvorfor deres funn har gyldighet. For eksempel hevder Wakefield og First (2012) i sin artikkel at DE ikke ble korrekt benyttet i visse av studiene. Corruble (2012) hevder det kan eksistere en annen grunn til det Wakefield og First anser som ukorrekt bruk, nemlig at DE ikke er anvendbar i den virkelige verden – altså utenfor forskningsverdenen, grunnet sin kompleksitet. Wakefield og First (2012, s. 205) kommer så med et motsvar og konkluderer med at «the evidence supports the retention of the BE». I en redaksjonell artikkel fra det prestisjetunge medisinske tidsskriftet *The Lancet* (2012, s. 589) advares det også sterkt mot å eliminere DE i DSM-5:

Grief is not an illness; it is more usefully thought of as a part of being human and a normal response to death of a loved one. Putting a timeframe on grief is inappropriate – DSM-5 and ICD-11 please take note.

Forfatterne advarer videre mot det som vil kunne bli standard behandling for sørgende, piller av ulike slag. Zisook, Pies og Corrubles (2012, s. 1590) sier i et gjensvar til denne artikkelen seg enig i at det er viktig å ikke medikalisere sorg, men hevder på den annen side at «neither can we afford to normalise major depressive episodes». Som tidligere argumenteres det for at man kan risikere å overse alvorlige symptomer og da også muligheten for passende behandling. Kenneth Kendler, som satt i arbeidsgruppen om stemningslidelser for DSM-5 – og som har skrevet artikler med Sidney Zisook, kom med en uttalelse i forkant av utgivelsen av DSM-5. I denne hevder han blant annet at DE ikke var tilstedeværende i manualer før DSM-III, og at inklusjonen av denne i hovedsak baserte seg på arbeidet til én person (Kendler, 2010). Videre fremheves det også at ICD aldri har hatt en dødstapeksklusjon og at studier viser at depresjon er depresjon uavhengig av utløsende stressfaktorer. Wakefield (2011) gir et systematisk tilbakemelding til Kendler, og hevder at det ikke er sant at DE havnet i DSM-III på bakgrunn av en manns vurderinger. Videre påpeker Wakefield (2011) at ICDs eksklusjoner er strukturert på en annen måte enn i DSM og derav at man ikke kan slutte diagnostisk validitet fra det faktum at ICD ikke har en lignende dødstapeksklusjon. Han forteller også at løsningen på problemet med utløsende årsaker ikke ligger i eliminering av

DE, men snarere utvidelse av ekskluderte årsaker. Klinikere har også kommet på banen i denne debatten, og trekker i sin argumentering også veksler på egen erfaring med pasienter. Manning (2012, avs. 6) forteller at «I cannot remember a single instance in this setting [familieklinikk] where the BE saved the day, preventing the unnecessary use of medication for a nonillness» og konkluderer med at DE bør elimineres. Dunlop (2012, avs. 12) besvarer dette innlegget ved å i større grad referere til forskningsgrunnlaget for debatten, og konkluderer med at:

I believe we should let the BE be – even if it is imperfect. It allows us to diagnose and treat MDD if the person is seriously impaired from the loss but does not overreach beyond our current state of knowledge.

5.6 Ulikt fokus og ulike posisjoner

I etterkant av utgivelse av DSM-5, hvor DE ble fjernet, hevdet Pies (2013b, avs. 2) at «in the face of fierce criticism from many groups and organizations, the DSM-5 mood disorder experts stuck to the best available science and eliminated this exclusion rule». Men, hva er egentlig den beste tilgjengelige forskningen? Det kan være utfordrende å vurdere hvilke argumenter og resultater som er mest overbevisende og hvilke det er mest hold i. Dette skyldes dels at denne debatten var en pågående diskusjon hvor både mer forskning og flere replikkvekslinger muligens ville tydeliggjort hvilket standpunkt det var mest hold i. Men de ulike forskningsgruppene hadde også forskjellig fokus i forskningen. Der Wakefields gruppe viste at sorg ikke var en unik stressfaktor, fremhevet Zisooks gruppe at også dødstapsrelater depresjon bør regnes som standard depresjon. Greenberg (2013, s. 161) forteller i så måte at «Wakefield had proved that loss was loss; now Zisook and Kendler had proved that depression was depression, regardless of its cause». Men ser vi nærmere på resultatene er det også enigheter om de samme forskningsfunn, men ulike måter å tolke dem på. Både forskningsgruppen til Jerome Wakefield og Sidney Zisook kom fram til dødstop ikke var en unik stressfaktor, men konklusjonen av dette funnet gikk i to ulike retninger, der Wakefields gruppe la vekt på frykten for falske positive, mens Zisooks gruppe var bekymret for falske negative. Greenberg (2013, s. 163) utdyper videre denne forskjellen:

Experts like Zisook are not unaware of the possibility of overdiagnosis. They're just less worried about what they call *false positives* than about *false negatives*. Leaving an

illness untreated is more dangerous, in their view, than making illness out of everyday life.

Denne debatten handler altså ikke bare om hva som er den best tilgjengelige forskningen, men også om vurderinger som representerer ulike verdier og preferanser. Disse ulike verdiene lar seg også gjenspeile i hvilke posisjoner og tilknytninger de ulike forfatterne har. I den sammenheng er det verdt å nevne at flere av de som har argumentert for å fjerne DE har tilknytninger til legemiddelindustrien. Sidney Zisook sitter i National Advisory Board for legemiddelfirmaet GlaxoSmithKline (Greenberg, 2013). Emmanuelle Corruble har mottatt økonomisk støtte fra blant annet legemiddelfirmaene Servier, Pfizer og Janssen-Cilag (Corruble et al., 2009). Lignende type tilknytninger finner vi hos blant annet Virginie-Anne Choinard, Alexia Latierce og Philippe Gorwood, alle forskere som støtter elimineringen av DE i DSM-5 (Corruble et al., 2009). I den før nevnte studien av Corruble et al. (2009) kom noe av forskningsstøtten fra Servier. Artikkelforfatterne hevder at «Servier had no involvement in the design, organization, analysis, or preparation for publication of the study» (Corruble et al., 2009, s. 6), og tar på denne måten avstand fra at koblingene til legemiddelindustrien påvirker forskningsresultatene. Greenberg (2013, s. 163) forteller at selv om Zisook har koblinger til legemiddelindustrien «that doesn't necessarily mean he's shilling for the company by proposing the expansion of the diagnostic net, or even that he will hawk their products to more patients once the exclusion is lifted». Zisook påpeker selv at ikke alle som blir diagnostisert med depresjon nødvendigvis trenger medisiner eller terapi, og at det er klinikers oppgave å ta en beslutning om symptomene tilfredsstiller en depresjon eller ikke (Greenberg, 2013). Det er vanskelig å hevde slike koblinger umiddelbart gir interessebaserte beslutninger i favør legemiddelindustrien, men det eksisterer allikevel en mulighet for at det det hypotetisk sett vil kunne farge forskningen. Frances (2013, s. 92) forteller i så måte at: «In recent decades, the drug companies have efficiently hijacked the medical enterprise by exerting undue influence on the decisions made by doctors, patients, scientists, journals, professional associations, consumer advocacy groups, pharmacists, insurance companies politicians, bureaucrats, and administrators». Selv om man ikke deler Frances syn på den altomspennende makten til legemiddelfirmaene, er det naturlig å tenke seg at slike koblinger også vil legge føringer på den forskningen som utføres, hvor legemiddelindustriens vinning ved elimineringen av DE vil være økt salg av medisiner grunnet økt forekomst av diagnoser.

Både Kenneth Kendler og Sidney Zisook var en del av gruppen som var oppnevnt til å vurdere stemningslidelser til DSM-5. Hvor vidt dette har gjort det lettere å legge vekt på egen forskning i vurderingen av om DE skulle elimineres eller beholdes, er vanskelig å si. Men, det er en én faktor som potensielt sett kan gjøre det lettere å vurdere eget bidrag som mer betydningsfullt. Hvis det også stemmer, slik Frances (2013) hevder, at de oppnevnte gruppene som skulle vurdere forslag til forandringer i DSM-5, i liten grad tok til seg innspill utenfra, er dette også noe som vil kunne ha gjort det vanskeligere for Jerome Wakefield og andre som talte for å beholde DE, å få gjennomslag for sitt syn.

6 Konsekvenser av elimineringen av DE

6.1 Følger av elimineringen av DE

Vi har til nå både redegjort for debatten om DE og det historiske bakteppet som ligger til grunn for debatten. I dette kapittelet skal vi ta for oss mulige konsekvenser av at DE nå er blitt eliminert i DSM-5. I og med at det er vanskelig å skue inn i framtiden vil nødvendigvis de fleste punkter som følger bære preg av å være antagelser om følger som *vil kunne* inntreffe. Dette setter selvfølgelig en begrensning i hvilke konklusjoner man kan trekke på nåværende tidspunkt. Samtidig tenker vi at en utredning om potensielle følger vil kunne skjerpe det kritisk, reflekterende blikket, og forhåpentligvis gjøre en i stand til å vurdere – både som kliniker og fagperson, de valg og eventuelle standpunkt man tar. Og, det som vi *kan* anta med rimelig grad av sikkerhet, er at noen av de nevnte konsekvenser over tid høyst sannsynlig vil vise seg. Men hvilke dette blir avhenger ikke bare av tidens gang, men også hvordan man selv forholder seg til og vurderer de forandringer som inntreffer i fagfeltet.

Vi vil i dette kapittelet presentere forskjellige utsagn eller påstander om konsekvensen av elimineringen av DE i DSM-5. Først presenterer vi en påstand og de medfølgende argumenter som taler i mot elimineringen av DE, og deretter presenterer motargumentene til den nevnte påstanden. Meningen er å belyse godt nok argumentene til både de som ønsket å bevare DE, og de som ønsket å eliminere den.

6.2 Diagnostisering, validitet og klinikers vurderinger

6.2.1 Hvis DE elimineres, øker sannsynligheten for at flere enn nødvendig blir diagnostisert

Jerome Wakefield står i spissen for forskningsgruppen som hevder at det å eliminere DE vil kunne føre til overdiagnostisering. Ved å fjerne DE vil man stå i fare for en betydelig økning av falske positive – altså at man diagnostiserer og behandler mennesker som ikke har behov for og vil kunne ta skade av en slik feildiagnostisering. Forskningsfunn som taler for å bevare

DE viser til at selve diagnosen MDE står i fare for å bli mindre valid hvis man fjerner DE, at dødstop ikke er en unik stressfaktor – og derfor at andre potensielle stressorer også bør vurderes ekskludert fra diagnosen MDE, og at dødstoprelatert depresjon og standard depresjon viser til ulike forløp (Wakefield & Schmitz, 2012; Wakefield et al., 2011).

6.2.2 Når DE elimineres fra DSM-5, vil flere som trenger det få hjelp

Et gjennomgående tema hos de som argumenterte for å eliminere DE, var at man ved å gjøre dette, ville kunne identifisere og gi tilpasset hjelp til de sørgende som grunnet tilstedeværelsen av DE ikke ble fanget opp som hjelpetrengende. Det ligger altså til grunn en frykt for økt forekomst av falske negative – at pasienter med en lidelse feilaktig blir identifisert som friske. En konsekvens av å skulle bevare DE i DSM-5 vil da i følge disse forfatterne være at man står i fare for å underdiagnostisere reelle lidelser. Forskning som ligger til grunn for denne antagelsen peker blant annet på likheten mellom dødstoprelatert depresjon og standard depresjon, og at dødstop ikke er en unik stressfaktor og derfor bør behandles på lik linje med andre stressfaktorer som kan utløse depresjon (Zisook, Corruble et al., 2012; Zisook et al., 2007).

6.2.3 Å kunne stille en depresjonsdiagnose for de som sørger etter bare 2 uker gir ikke mening da sorgsymptomene har en tendens til å svinge i intensitet

Sorg medfører ikke nødvendigvis bare lidelse, men kan også inneha adaptive aspekter, noe som først vil kunne vise seg over tid (Frances, 2013; Nesse, 2005). Sorgen vil også kunne svinge i intensitet, det som kalles *pangs of grief*. Symptomene på sorg er også ofte sterke i tiden rett etter et dødstop, men vil kunne avta over tid. En potensiell fare er at man diagnostiserer sorg som depresjon i tiden rett etter dødstop, da svingningen er på sitt mulige topp-punkt. Det er to problemer med dette. For det første at man potensielt sett forstyrrer det naturlige og potensielt sett adaptive sorgforløpet, og for det andre at man ved en eventuell medisinerings vil tilskrive bedringen antidepressiva og ikke det at sorgsvingningen reguleres på et mindre symptomatisk nivå av seg selv.

6.2.4 Ved å ikke stille diagnosen depresjon i kort tid etter dødstop risikerer man å normalisere depresjon for en gruppe mennesker som har et reelt behov for behandling og oppfølging

Forskning har vist det er likhet i symptomatikk mellom dødstoprelatert depresjon og standard depresjon i tiden rett etter et dødstop (Zisook et al., 2007). Zisook, Pies og Corruble (2012) forteller at det er viktig at man ikke medikaliserer sorg, men påpeker samtidig at det å eliminere DE vil kunne føre til at flere som trenger hjelp blir fanget opp, noe som tilrettelegger for adekvat behandling. Ved å beholde DE vil man også stå i fare for å normalisere sorg, noe som vil kunne ha betydning for hvordan klinikere tenker om sorg relatert til depresjon. First (2011, s. 6) forteller at:

The presence of a bereavement exclusion in the criteria set for a major depressive episode might mislead clinicians into believing that any depressive response to the loss of a loved one, no matter how severe, is «normal» and thus lead to withholding needed treatment.

En potensiell risiko er derfor knyttet til en engstelse om falske negative – at sørgende som trenger å bli fanget opp og få tilpasset behandling forblir ubehandlet, med alle de uheldige virkningene det vil kunne medføre.

6.2.5 Ved å eliminere DE i DSM-5 vil validiteten til depresjonsdiagnosen svekkes

Som vi så i forrige kapittel viste Wakefield et al. (2011) at forandringene i DE fra DSM-III til DSM-IV svekket validiteten til depresjonsdiagnosen, noe som ga seg utslag i økt diagnostisering av lavpatologiske tilfeller. Forfatterne hevdet at man ved å eliminere DE i DSM-5 ville stå i fare for å senke validiteten videre, og advarte på dette grunnlag mot den forestående elimineringen. Når nå DE er eliminert fra depresjonsdiagnosen vil altså validiteten til depresjonsdiagnosen kunne svekkes.

6.2.6 DSM-5 innehar differensialdiagnostiske retningslinjer som hvis brukt riktig, ikke vil svekke validiteten til depresjonsdiagnosen

Om validiteten til depresjonsdiagnosen svekkes eller ikke ved å eliminere DE, er det uenigheter om. Zisook et al. (2007, s.102) hevder at «the empirical validity of this exclusion

has not been well established», og utgangspunktet for denne konklusjonen er funn som viser at dødstapsrelatert depresjon ligner syndromatisk på standard depresjon de to første månedene etter et dødstap. I kapittel 2.2.2 tok vi for oss de differensialdiagnostiske retningslinjene som skal hjelpe klinikere å skjelne normal sorg fra depresjon. Validitet handler om å skjelne de som faktisk tilfredsstiller kriteriene til diagnosen, fra de som ikke tilfredsstiller kriteriene. Hvis klinikere evner å benytte seg av den differensialdiagnostiske informasjonen på en formålstjenlig måte og flere får stilt en korrekt diagnose, vil validiteten til depresjonsdiagnosen øke.

6.2.7 Når DE elimineres vil dette kunne oppfordre klinikere til å tro at MDE faktisk er en sykdom

DSM-manualen legger til grunn en biopsykososial modell i forståelsen og behandlingen av psykiske lidelser. Manualen reflekterer ikke en tilknytning til spesifikke skole- eller teoriretninger med tanke på etiologi – årsak eller opprinnelse til psykiske lidelser. Manualen beskriver videre ulike sett med symptomer som opptrer samtidig, diagnoser. Denne ateoretiske tilnærmingen har utgjort grunnlaget for en kritikk om hvor vidt diagnosene representerer faktiske sykdommer. Flere har hevdet at det å eliminere DE vil kunne støtte opp om en antagelse om at depresjon er en faktisk sykdom. First (2011, s. 6) skriver at:

From the clinicians perspective, eliminating the bereavement exclusion encourages the reification of the major depressive syndrome, which, contrary to appearances, does not define a real disease but merely describes the fact that a particular set of symptoms have clustered together during the same 2-week period.

Dunlop (2012) forteller at selv om depresjon er en kilde til store lidelser, er det ikke en sykdom *per se*. Det er derimot en heterogen størrelse, og å eliminere DE vil kunne gjøre det vanskeligere å bestemme konstruktets patofysiologi, og å identifisere reliabel behandling.

6.2.8 Depresjon er en sykdom med alvorlige konsekvenser for de berørte

I DSM-5 betegnes MDD som en sykdom (illness), og i et offisielt skriv fortelles det at depresjon kan føre til en rekke emosjonelle og fysiske problemer, og videre at det er en kronisk sykdom som vanligvis krever langtidsbehandling (American Psychiatric Association,

2013c). Poenget er at hvis man ser på hvilke konsekvenser og kostnader depresjon har for både den diagnostiserte, de pårørende og for samfunnet, blir det potensielt sett vanskelig å ikke knytte lidelsen opp til sykdom. I Store Norske Leksikon defineres da også sykdom som en «fellesbetegnelse for tilstander som er karakterisert av forstyrrelser av organismens normale funksjoner», og videre at det som er felles for alle sykdommer «er at de på en eller annen måte griper inn i de normale organiske eller mentale livsytringer og forandrer dem på en skadelig måte» (Store norske leksikon (2005-2007), udatert, avs. 2). Følger man denne definisjonen er det mulig å hevde at depresjon ligger innenfor sykdomsbetegnelsen. Diamond (2008, avs. 4) skriver da også at:

There is no denying that those who suffer from severe depression are ill. Depression can be debilitating, and in some cases, deadly. Physical symptoms such as nausea, vomiting, fatigue, chronic pain, diarrhea, insomnia etc. are common concomitants to major depression. "Treatment", to use the medical terminology, is demanded.

6.2.9 De nye differensialdiagnostiske retningslinjene er uoverkommelige for klinikere

I DSM-5 er det listet opp en rekke med differensialdiagnostiske vurderinger klinikere må vurdere hvis en pasient har opplevd dødstop og erfarer symptomer på depresjon (se 2.2.2, hvor disse er listet opp). Det er knyttet flere utfordringer til denne nyankomne forandringen i DSM-5. Å vurdere differensialdiagnostikk er potensielt sett tidkrevende, og press på tid og effektivitet vil kunne gjøre det vanskelig å vurdere godt nok alle den informasjon som de differensialdiagnostiske vurderingene krever. Som regel er det fastlegen man oppsøker først når man erfarer symptomer av ulike slag, og det er også her veien videre behandlingsmessig starter for de fleste. Undersøkelser har vist at gjennomsnittstiden på et fastlegebesøk (*general practitioner*) er på mellom 5 og 8 minutter i Storbritannia, mens det i Sverige og USA er på mellom 10 og 20 minutter (Dugdale, Epstein & Pantilat, 1999). Hvor vidt den begrensede besøkstiden kan affektere et diagnostisk utfall er et åpent spørsmål, men Gadgil og Hana (2009, s. 6), som utførte en spørreundersøkelse blant fastleger og pasienter i Norge forteller at: «Det eksisterer (...) en bekymring, både blant leger og pasienter, for at konsultasjonstiden er for knapp. Pasientene føler at de ikke får nok tid til å få snakket om alle sine problemer, og at de ikke blir tatt på alvor.»

Et annet element er at alle de detaljer og den mengde informasjon som oppgis om differensialdiagnose potensielt sett kan skape uklarheter i klinikers vurdering. Wakefield (2013), avs. 8) forklarer at «the problem (...) is that the footnote contains no diagnostic criteria, just some vague general comments», noe som i følge Wakefield fører til at det er opp til den enkelte klinikers egne og muligens tilfeldige vurderinger av om symptomene etter et dødstop skal klassifiseres som normal sorg eller depresjon. Wakefield (2013) forteller videre at dette kan by på problemer forskningsmessig, men at det for den psykiatriske epidemiologien vil kunne representere en potensiell katastrofe. En annen beslektet utfordring er knyttet til manglende kompetanse, noe som særlig kan være en utfordring når forandringer tilkommer i diagnosemanualer. Frances (2013) forteller at det ikke bare er eventuell manglende kompetanse som kan være utslagsgivende, men også det han kaller *løse diagnoser* – som er ment å betegne diagnoser som grunnet vage instruksjoner og lave terskelkriterier vil kunne føre til overdiagnostisering. Frances (2013) forteller at det har skjedd en eksplosjon i depresjonsdiagnoser, og at en av hovedgrunnene til dette er den løse definisjonen av MDE i DSM-IV. En mulig hypotese er at nå når dødstop ekskluderes, vil dette kunne løse opp diagnosen MDE til å også omfatte flere enn tidligere - de som erfarer en intens, men normal sorgreaksjon. Frances (2013, s. 173) forklarer også at både legemiddelindustrien og andre vil kunne legge til sin tolkning av revideringer: «Recent *DSM* history teaches us that whatever changes are made will be subject to unexpected misinterpretation and misuse under pressure from the drug companies, school services, disability requirements, and the legal system». En økende grad av medisiner vil også kunne tilskrives det Frances (2013) kaller en tendens blant klinikere til biologisk determinisme, forstått som at depresjon og andre psykiske lidelser skyldes kjemisk ubalanse, og at medisiner derfor er det best egnede alternativet for å justere den kjemiske ubalansen. Et vesentlig spørsmål blir om de differensialdiagnostiske retningslinjene overholdes, eller om de elementer vi har nevnt her – som tid, kompetanse, feiltolkninger og biologisk determinisme, vil føre til at sorg i større grad blir som en diagnose å regne, der den foreskrevne behandlingen er antidepressiva.

6.2.10 Den nye differensialdiagnostiske veiledningen vil gjøre det lettere for klinikere å skjelne normal sorg fra depresjon

Fra DSMs side er slik at de differensialdiagnostiske retningslinjene er ment å skulle gjøre det lettere for klinikere å skjelne normal sorg fra dødstoprelatert depresjon. Zisook forklarer da også at det er opp til den kompetente kliniker å vurdere om symptomene tilfredsstill

kriteriene for diagnosen MDE (Greenberg, 2013). Altså, hvis diagnosemanualen benyttes på en korrekt måte vil det ikke føre til at sorg blir en diagnose – forstått som at sorg gir en depresjonsdiagnose, men snarere at normal sorg ekskluderes fra det å skulle bli stilt denne diagnosen. Disse differensialdiagnostiske retningslinjene tangerer noe av det Wakefield refererer til som et kontekstuellt kriterium – som også er emner som man som kliniker bør evaluere for å skjelne normal sorg fra depresjon. Wakefield (2013) forteller da også at han var fornøyd med at revideringen i depresjonsdiagnosen i DSM-5 inkluderte andre stressutløsere som også kunne gi depresjon, som finansiell ruinering og naturkatastrofer.

6.3 Antidepressiva og medikalisering

6.3.1 Elimineringen av DE i DSM-5 vil kunne føre til økt bruk av antidepressiva og andre legemidler hos en populasjon som ikke vil tjene på denne bruken

Frances (2013) forteller at den moderne tids diagnostiske inflasjon har ført til at flere og flere feilmerkes som syke, noe som videre har ført til at en overdreven del av befolkningen har blitt avhengige av psykofarmaka av ulike slag. I 2010 gikk hele 11 prosent av den amerikanske befolkningen på et antidepressiva, og i Norge viser tall fra Reseptregisteret at 312.877 nordmenn brukte antidepressiva i Norge i 2013 (Folkehelseinstituttet, 2013). Bruken av antidepressiva har også i de seneste årene gått oppover, og fra 2005 til 2013 har totalforbruket økt fra 82 til 98 millioner doser årlig. Vaaler og Fasmer (2013, avs. 5) viser til metaanalyser som indikerer at flere av de mest benyttede antidepressive legemidler er «mindre effektive enn tidligere antatt og det omfattende forbruket skulle tilsi». Videre påpekes det at flere av de studier som viser til statistisk signifikante resultater til fordel for antidepressiva er beheftet med varierende grad av svakheter i forskningsdesign. I tillegg eksisterer det en tendens i visse forskningsmiljøer til å utelukke forskningsfunn som ikke viser til effekter – eller uheldige effekter, av antidepressiva. Det vises også til at mange av de gunstige virkningene av å ta antidepressiva kan tilskrives placeboeffekten, og at dette ser ut til å særlig gjelde pasienter med lettere eller moderate depresjoner. Det er verdt å merke seg at metaanalyser har vist at også effekten av antidepressiva for alvorlige depresjoner også vil kunne tilskrives placeboeffekter (Kirsch, Deacon, Huedo-Medina, Moore & Johnson, 2008). I studier hvor man sammenligner grupper som går på antidepressiva med grupper som får tildelt placebo, har man funnet en bedre effekt av antidepressiva (Moncrieff, 2010). Men Moncrieff (2010, s.

94) gjengir funn fra en metaanalyse som viste antidepressiva ser ut til å fungere bedre på grunn av en skjevhet i registreringen blant observatørene, og at «antidepressivene later til å virke bedre enn placeboer fordi de har bieffekter som gjør det mulig for observatøren å gjette om pasienten bruker et antidepressiv eller en placebo». Moncrieff forteller videre at i sju studier hvor det ble benyttet et aktiv placebopreparat med bivirkninger som lignet antidepressivet, var det bare ett av disse studiene som fant at antidepressivet fungerte bedre. Frances (2013) påpeker en uheldig virkning av placeboeffekten, nemlig det at pasienter som blir bedre grunnet placeboeffekten vil kunne tilskrive bedringen antidepressiva, og i god tro fortsette på medikamenter i lang tid, med alle de potensielle uheldige følger det kan få. Blant disse uheldige følgene finner vi de ulike bivirkninger ved å gå på antidepressiva, som diare, tørr munn, impotens, insomnia, svetting og skjelvninger. Vaaler og Fasmer (2013) forteller at en rekke alvorlige bivirkninger i kliniske studier ikke rapporteres eller blir oppgitt på en feilaktig måte. Bruk av antidepressiva har også blitt koblet til økt suicidalfare. Wakefield og Schmitz (2013) forteller derimot at personer som faller inn under DE sjeldent gjør suicidforsøk. Bruk av antidepressiva vil derimot kunne gi økt suicidal intensjon, særlig hos barn, ungdom og unge voksne. I en nyere studie av Read, Cartwright og Gibson (2014) pekes det også på koblingen mellom suicidale tanker og antidepressiva. Men Read, Cartwright og Gibson (2014) forteller at for få studier har tatt for seg psykologiske og interpersonlige effekter av antidepressiva, og fant i sin undersøkelse at flere som bruker av antidepressiva opplever bivirkninger som seksuelle vansker, økt aggresjonsnivå, avhengighet av medikamentene, emosjonell nummenhet, svekket selvfølelse, reduksjon i positive følelser og mindre grad av omsorg for andre. Vaaler og Fasmer (2013, avs. 10) viser også til antidepressiva kan gi «intense, gjerne kortvarige affektive tilstander preget av desperasjon, angst, agitasjon og sinne». Videre rapporterer forfatterne til funn som viser at for noen få pasienter kan bruk av antidepressiva forsterke depressive symptomer. Disse bivirkningene vil kunne inntreffe uavhengig om man blir stilt en korrekt diagnose eller ikke og begynner på antidepressiva. For, det er av betydning å skjelne mellom de som man antar er deprimerte og vil kunne ha en effekt av antidepressiva, og de som ikke er deprimerte, men allikevel tar antidepressiva. Påstanden om at medisiner ikke er formålstjenlige for sørgende hviler dels på en antagelse om at sørgende som blir feildiagnostisert som depressive vil kunne få utskrevet medisiner for en lidelse de ikke har, med de konsekvenser det kan få for den enkelte. Og blant de konsekvenser er altså de nevnte bivirkninger. Blant de mest benyttede antidepressiva er de såkalte SSRI-preparatene, som også har fått betegnelsen lykkepillen. Disse medikamentene

fungerer slik at de blant annet forlenger tilstedeværelsen av signalstoffer som er forbundet med blant annet oppsving i humøret, som serotonin. Men vil antidepressiva som SSRI ha en formålstjenlig effekt også for de som ikke er deprimerte? Serretti et al. (2010, s. 450) forteller at «regarding antidepressant modulation of mood and anxiety in healthy volunteers, this seems to be mostly absent although some contrasting results have been reported».

Hovedfunnet er altså at antidepressiva ikke vil øke graden av lykke hos de som ikke er klinisk deprimerte. Men, forfatterne hevder at det eksisterer en mulighet for at antidepressiva ikke har en direkte, men modifierende effekt hos de få de som ikke er deprimerte og viser til en effekt av å ta antidepressiva. Her tenker man seg at antidepressiva vil kunne ha en rolle i å modifisere andre spesifikke variabler enn stemning og engstelse som også predisponerer for depresjon og opprettholdelse av depresjon, som irritabilitet, bekymring og nevrotisme, og at dette kan være grunnlaget for den rapporterte bedringen.

6.3.2 Elimineringen av DE i DSM-5 vil føre til at de sørgende som trenger egnet behandling, blir tilbudt dette

Antidepressiva har vist seg å ha god effekt på alvorlige depresjoner, og medikamentbruk har vist til bedre effekt på denne gruppen pasienter enn andre former for behandling (Hauser, 2007). Videre viser forskning som har benyttet seg av placebokontrollgrupper til en overlegen effekt av antidepressiva for både de med milde, moderate og alvorlige depresjoner (Gibbons, Hur, Brown, David & Mann, 2012; Reynolds et al., 1999). Gibbons et al. (2012) fant også at ungdom så vel som voksne og eldre hadde utbytte av antidepressiva. Som nevnt i punkt 6.2.2 er revideringen i depresjonsdiagnosen ment å skulle skjelne de som erfarer en normal sorgreaksjon fra de som etter et dødstap får symptomer på depresjon som tilfredsstiller de diagnostiske kriteriene for denne diagnosen. Hvis de differensialdiagnostiske retningslinjene fungerer som tenkt, vil altså antidepressiva for de diagnostiserte være et alternativ for overkomme depresjonen. Shear et al. (2011) viser da også til studier som indikerer at antidepressiva har god effekt de to første månedene etter man har erfart et dødstap. De samme forfatterne forteller også at dødstap viser til økt risiko for suicid, og at tidlig behandling potensielt sett er den mest effektive langtidspreventive intervensjonen som er tilgjengelig, da risikoen for suicid ser ut til å være høyest i tiden rett etter dødstap. Her må man åpne for at også andre behandlingsformer enn antidepressiva vurderes og tilbys. Ulike former for psykoterapi – som kognitiv atferdsterapi, interpersonlig psykoterapi og problemløsende terapi, har vist seg å ha god effekt mot både milde, moderate og alvorlige depresjoner

(Cuijpers, Andersson, Donker & van Straten, 2011). Effekten av psykoterapi for milde til moderate depresjoner er omtrent den samme som effekten av antidepressiva, mens kombinert behandling er mer effektivt enn psykoterapi eller antidepressiva alene. Ulike behandlingsalternativer – både medikamenter og/eller terapi vil derfor kunne tilbys de som har en depresjon, også en depresjon som er utløst av dødstop.

6.3.3 Elimineringen av DE i DSM-5 vil kunne gi økt grad av medikalisering

Begrepet medikalisering innehar flere betydninger, hvorav en av disse er at stadig flere ser ut til å bruke psykofarmaka for psykiske lidelser. Men medikalisering kan også omfatte andre områder, og Ekeland (2010, s. 31) forklarer at «medikalisering handler om hvordan menneskelig variasjon, plager og funksjonsvansker underlegges en medisinsk diskurs». Ekeland (2010, s. 48) forklarer videre at: «(...) medikalisering forutsetter en medisinsk diskurs, og (...) rebiologiseringen av psykiatrien samt endringen av DSM-systemet tidlig på åttitallet har vært vesentlige forutsetninger for medikalisering av psykiske helseproblem». Flere tilstander som tidligere ble ansett som en del av normalvariasjonen – som tristhet, sjenert og skyhet, blir fanget opp av et diagnostisk system og en medisinsk-biologisk forståelseshorisont. I et slikt perspektiv vil sorgen etter et dødstop kunne omfavnes og omsluttet av en medisinsk-biologisk forståelsesmåte – og sorgens kobling til denne vil kunne bidra til å forsterke den tendensen vi tok for oss i kapittel 3, at sorg går fra å være en normaltilstand til en sykdomstilstand. Språket man benytter om en tilstand – og det nettverk av assosiasjoner som skapes over tid når en tilstand på gjentagende vis kobles til sykdom, medisin og biologi, vil kunne sette varige spor ikke bare hos det enkelte individ. Gullestad (2013, s. 859) forklarer at: «Problemet er at sykdomsspråket bidrar til å endre vår kollektive selvforståelse når det gjelder avgjørende livsområder: (...) sorg blir sykdom (...)». At dødstopklusjonen nå er eliminert vil derfor kunne føre til en forsterkelse av koblingen mellom sorg og depresjon, og dermed at sorg forstås og ses på som en sykkelig tilstand.

Frances (2013) forklarer at både økt diagnostisering og økt medikamentbruk har fulgt i kjølvannet av nye eller reviderte diagnoser, som ADHD, barndomsbipolaritet og sosial fobi, og at revideringer i DSM vil kunne utnyttes av legemiddelindustrien, media, og av pasienter og pårørende. Gullestad (2013) forklarer i den sammenheng at hvis en tilstand oppfattes som en sykdom, vil legemiddelindustrien kunne skape en pille for den. De nylige revideringene i

depresjonsdiagnosen vil kunne føre til at flere sørgende får en depresjonsdiagnose, og der det grunnet blant annet en vektlegging av en biologisk forklaringsmodell vil gjøre det enklere å tilby psykofarmaka enn andre behandlingsformer. Psykososiale perspektiver blir på denne måten skjøvet i bakgrunnen, med de eventuelle følger dette vil få for diagnostisering og behandling. Medikaliseringen vil også kunne bidra til viske ut eller forskyve skillelinjene for hva som regnes som normalt. Gullestad (2013, s.858) forklarer at «et hovedproblem med akselererende diagnoser er at stadig mer av menneskesinnet stykkes opp i ulike sykdommer («disorders»), og at grensene for hva vi ser som normalt, innsnevres». Frances (2013) forklarer at menneskelig variasjon på denne måten omformes til kjemiske ubalanser som det er meningen man skal ta psykofarmaka for å overkomme, med den effekt at alt for mye behandling gis til *the worried well*, som ikke har behov for medikamenter og vil kunne ta skade av bruken. Den nylige revideringen i depresjonsdiagnosen i DSM-5 vil derfor kunne opprettholde eller forsterke en allerede tilstedeværende tendens til medikalisering.

6.3.4 Depresjon representerer en enorm belastning både for individet og samfunnet, og det er positivt at vi nå blir flinkere til å avdekke nye tilfeller og å gi tilpasset behandling

Ikke alle omfavner medikaliseringsperspektivet, og Pies (2013a) uttrykker en bekymring knyttet til begrepets vitenskapelige status, og understreker at medikalisering har blitt som en slags retorisk Rorschach-test som vil kunne frambringe en hvilket som helst politisk, sosial eller filosofisk posisjon man ønsker å forfekte. Spørsmålet blir da hvor vidt medikaliseringsbegrepet gir mening i seg selv, eller om det bare er en knagg man velger å henge ymse bekymringer på. Debatten økt medikalisering kan også belyses ved å se på konsekvensene av lidelsen. Å lide av depresjon er en stor belastning for både den deprimerte og de pårørende, og er en av de største risikofaktorene for selvmord (National Institute of Mental Health, udatert). Depresjon er også den sykdommen som stjeler flest yrkesaktive år, og WHO predikerer at depresjon om rundt 20 år vil være den sykdommen som flest rammes av ("Depression looms as global crisis", 2009). Depresjon er altså et reelt problem, både for den deprimerte, de pårørende og for samfunnet. Det er heller ikke slik at det utelukkende er antidepressiva som benyttes i behandlingen av depresjon, men også ulike former for samtalerapi. Er det ikke da bra, at det eksisterer et godt tilbud som vil kunne fange opp og behandle de som lider av depresjon? Et vesentlig anliggende her er om økningen i depresjon kan sies å skyldes overdiagnostisering eller faktisk økning av depresjon. En forklaring eller

hypotese som kan sies å støtte opp under diagnostisering og behandling gjengis av Madsen (2010, s. 156): «En (...) hypotese er at vi i dag har nye behandlingsmetoder og teknikker, bedre utbygd hjelpeapparat og velferdssystem om ikke minst større åpenhet (...) slik at langt flere kan få hjelp enn tidligere». Dette tangerer det vi to for oss i punkt 6.2.2, at flere som trenger hjelp nå vil få det, fordi man blir flinkere til å avdekke nye tilfeller av depresjon. En annen hypotese som nevnes av Madsen (2010) er at den høye forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen skyldes at vi faktisk blir sykere og sykere. Hvis dette er tilfelle, er det da ikke bra at behandlingstilbudet er så godt som det er? Et vesentlig punkt, som Madsen påpeker, er at denne siste hypotesen vil kunne gjenspeile en sykdomsproduserende samfunnsutvikling – og et legitimt spørsmål blir da om man ved å avdekke og behandle flere tilfeller av depresjon paradoksalt nok er med på å støtte opp under en uheldig samfunnsutvikling, der årsakene på samfunnsnivå forblir uberørte. Ekeland (2010, s. 47) forteller også at en forklaring som benyttes om flere diagnoser og økende bruk av psykofarmaka er dette bare gjenspeiler et økende behov, men stiller spørsmål ved om det ikke er mer vitenskapelig relevant «å analysere dette i forhold til vår livsform, enn å skylde på vår biologi». Det eksisterer ulike forklaringer på den økte forekomsten av psykiske lidelser, og kanskje er det, som Madsen (2010, s. 156) påpeker, slik at alle hypotesene har litt sannhet i seg: «Vi er kanskje blitt noe mer psykisk syke enn før, med deler av økningen skyldes kanskje forskjøvnede grenser for hva som regnes som unormalt, men vi har også mer åpenhet og behandlingsmetoder som gjør at flere får hjelp i dag». Et viktig poeng er at den forklaringsmodell man legger til grunn for økningen av psykiske lidelser, også vil være av viktighet for hvilket botemiddel man tenker seg er best egnet for å bekjempe denne økningen.

6.4 Samfunn, kultur, og stigmatisering

6.4.1 Den nye revideringen i depresjonsdiagnosen i DSM-5 er bare det siste av flere ledd i en utvikling som viser til en individualisert og potensielt sett begrensende samfunnsforståelse

Hva forteller tiden vi lever i oss om det å sørge? Er sorg og det å sørge i det hele tatt fenomener som forandrer seg? I Ariès' (1974) studie av vestlige holdninger til død fra middelalderen til samtiden, gir han flere eksempler på at sorgens vesen er en foranderlig størrelse. For eksempel skriver han at: «The old attitude in which death was both familiar and near, evoking no great fear or awe, offers too marked a contrast to ours, where death is so

frightful that we dare not utter its name.» (Ariès, 1974, s.13). Konsekvensene av denne samtidens holdning overfor døden - avstand og tabuisering av emosjoner og tanker om døden, vil i følge Ariès kunne innebære økt dødelighet for de som har mistet sine nære. Elias (1997) peker på noe av det samme når han forteller at synet av døende og døde ikke lenger er noen dagligdags foreteelse, og at vi kan stå i fare for å glemme og fortrenge døden. Døden er altså i følge Ariès og Elias blitt noe vi skyver unna og helst ikke vil forholde oss til. O'Gorman (1998, s. 1133) peker på hvordan en slik samtidens måte å forholde seg til død på, der man verken snakker om eller forholder seg til døden eller den vanskelige sorgen, men snarere frykter disse, vil kunne forårsake angst, depresjon og fysiske sykdommer. Flere har pekt på de utfordringer individet eller selvet står overfor i det moderne samfunn. Cushman (1990) hevder at psykologien har bidratt til å skape et *tomt selv* hvor man behandler symptomer, men ikke makter eller evner å adressere de historiske årsakene til meningsløshet eller lidelse. Dufour (2008) snakker om *det psykotiske subjektet*, et akritisk subjekt som er åpen og sårbar for fluktuerende identiteter, noe som blant annet kan kobles til økningen i depresjon og andre psykiske lidelser. Dufour hevder at nyliberalismen er en sterk medvirkende faktor i å skape dette nye subjekt. Madsen (2009, s. 147) forteller også at nyliberalismen har vært medvirkende i å forsterke individualiseringsprosesser, hvor disse prosessene har gjort det slik at individet i økende grad blir årsak til og holdt ansvarlig for sine nederlag og suksesser. Madsen (2009, s.151) hevder videre at «psykologien i dag har gjort seg skyldig i å sette et sterkt fokus på mennesket, som et kontekstløst vesen uten tanke på samfunnet det eksisterer i». Mennesket som står alene vil også være mer sårbar for ulike påvirkninger, og da også til å utvikle symptomer som kan karakteriseres som depresjon. Kolstad og Kogstad (2010) er bekymret for at livshendelser i stadig mindre grad tilskrives utenforliggende årsaker, og at det som isteden trekkes frem er aspekter ved individet selv, som manglende ressurser, valg, nederlag og mestrings. Hvis det som O'Gorman (1998) sier stemmer, at vi i større grad enn tidligere holder det vanskelige inne i oss selv, vil sorgen kunne forbli forverret og stå uløst. Hvis man feiler i det individsentrerte samfunn er det ikke vanskelig å tenke seg at veien er kort til diagnose og medisinerings, og Ekeland (2010) forklarer da også at i et samfunn hvor det er i større grad enn tidligere er et større press på enkeltindividet for å lykkes i å realisere seg selv, er det ikke så rart at etterspørselen etter diagnoser har økt. Det er den enkelte som har ansvaret og eventuelt skylden hvis noe går galt, ikke strukturelle og tidsbestemte samfunnsforhold. Ekeland (2010, s.47) forteller at «en diagnose er en «akseptert» måte å mislykkes på», og kobler dette til et bytteforhold som

samfunnet har skapt der individene får «rettigheter og legitimitet som en motytelse for akseptering av den medisinske diskurs». Ekeland (2010, s.47) forklarer videre at medisinske forklaringer vil kunne frita individet for ansvar, men at: «Baksiden er at de samtidig impliserer en offerpsykologi – noe vi blir «rammet» av. Og offerpsykologien, om den rammer mange ofte nok, kan gjerne bli en offerkultur». Et grunnleggende poeng er at mer eller mindre synlige strukturer i samtiden vil kunne påvirke individenes atferd og forståelse av seg selv, og at dette også har betydning for vår sorgforståelse – deriblant måter vi sørger på og måter vi prøver å komme over sorgen på.

6.4.2 Det moderne samfunn er et ivaretaende samfunn

Det kan hevdes at det er et åpent spørsmål om hvor vidt samtiden er preget av en individualisme og hang til tilby diagnoser og medikamenter for lidelser som individet selv må stå ansvarlig for. Vi har allerede tatt for oss flere argumenter som kan tas til inntekt for å peke i en annen retning, hvor indisiene eller argumentene snarere peker på det vi kan kalle et mer ivaretaende samfunn. Disse er blant annet at diagnoser gir hjelp til de som har behov for det, at man kan tilby effektiv behandling, at man risikerer å ende opp med flere falske negative hvis diagnostisering uteblir, og at man på ulike måter har blitt flinkere til å avdekke sykdomstilstander – noe som kan skyldes både bedre utbygget behandlingsapparat og mer åpenhet om psykiske lidelser.

6.4.3 Andre måter å nærme seg, forstå og komme over sorgen på svekkes eller uteblir

En eventuell diagnostisering av sorg vil også kunne innsnevre og begrense andre måter å forstå og forholde seg til sorgen på. Utlegningen i kapittel 3, om psykologien og psykiatriens omfavnelse av sorgbegrepet, viser til en psykologisering av sorgbegrepet som vil kunne tilsidesette andre perspektiver på sorgen. Vi står altså i fare for å få en mindre nyansert og innsnevret sorgforståelse. Adaptive eller berikende aspekter ved sorg påpekes av flere, og vi har allerede vist til hva evolusjonsperspektivet kan bidra med til sorgforståelsen. Forfatter Berit Hoff peker på mulige berikende aspekter ved sorg:

Hvis vi søker å unngå sorg, tap og smerte, glemmer vi at disse følelsene kan føre til vekst og utvikling. Nettopp jakten på det perfekte liv kan bidra til å skape den

epidemien av angst, depresjon og selvmord som vi finner i de industrialiserte land.
(Hoff, 2014, 19. mars, s. 4)

Gullestad hevder at tendensen til lykkejag gjør oss mindre rustet til å se på sorgen som en grunnleggende bestanddel ved den menneskelige eksistens, og at vi er i ferd med å skape en kultur med liten toleranse for de mørke sidene av (Borud, 2014, 31. mars). Cacciatore (2012) forteller at den manglende toleransen for de vanskelige aspektene ved livet allerede ble påpekt av Freud som advarte mot *furor sanandi* –begjæret etter å helbrede. Frances (2013) er opptatt av den naturlige helingen av smertelige symptomer, og er bekymret for at valget faller på piller heller enn resiliens, tid og homeostase. Det å skrive ut piller snarere enn å vurdere andre alternativer, vil også kunne ekskludere andre veier og forståelser inn i sorgen, som de teorier, modeller og intervensjoner vi beskrev i kapittel 4. Det vi ser varianter av her altså argumenter for at smertefulle prosesser som sorg vil kunne bedres og heles med tid, og at slike prosesser også innehar – som Berit Hoff skriver, i seg potensiale til vekst og utvikling. Som Frantz et al. (2001) påpeker vil dette kunne ha en positiv virkning på sosiale forhold , at støtte og vennskap kan styrkes eller nyetableres gjennom sørgeprosessen. En sykeliggjøring av sorg og en potensiell tilskrivelse av ansvar for lidelsen til individet, vil derimot kunne senke forventningene til både individene og deres miljø – som nær familie og venner, om deres ansvar og rolle i helingsprosessen. Andre måter å tenke om og overkomme sorgen blir også synliggjort når man sammenligner med andre kulturer enn den vestlige. Rosenblatt (2008) forteller at kulturer varierer i måten man sørger på, og at sorgen er avhengig av blant annet type dødsfall og hvordan døden klassifiseres. Han påpeker videre at det å lete etter universelle elementer i det å sørge kan ha sin verdi, da det kan hjelpe oss å se basislikheter i menneskelig biologi, sosiale forhold, kulturer imellom, og det håp som følger med å tenke seg at det eksisterer et felles fundament for å forstå hverandre, uansett kultur. Men advarer samtidig mot ulempene et slik perspektiv kan medføre, da man vil kunne gå glipp av ekstremt viktig informasjon – detaljer, motsigelser, variabilitet og narrativer – størrelser som kan varierer med sted, tid, kontekst og personer i mellom. Fox og Jones (2013) er bekymret for at en begrenset kulturforståelse vil føre til at vi diagnostiserer dødsskap som depresjon, og på den måten patologiserer ulike etablerte kulturelle normer for å sørge. Eisenbruch (1984) forteller da også at aspekter som hvor lenge man sørger, hvordan man sørger og overkommer sorgen er ulikt i forskjellige kulturer. I en studie av Laurie og Neimeyer (2008, s. 173) om sorg blant afroamerikanere fant man at:

African Americans experienced more frequent bereavement by homicide, maintenance of a stronger continuing bond with the deceased, greater grief for the loss of extended kin beyond immediate family, and a sense of support in their grief, despite their tendency to talk less with others about the loss or seek professional support for it.

En bekymring er altså knyttet til det at forskjeller av typen som nevnes ovenfor av ulike grunner vil overses, noe som både vil kunne begrense forståelsen av sorg, og at man patologiserer det som ikke passer inn i en vestlig, medikalisert forståelsesramme.

6.4.4 Det er klinikers oppgave å vurdere kulturforventede responser på dødstop

Som nevnt tidligere viser de som argumenterer for å eliminere DE i DSM-5 til forskning som støtter opp om denne endringen; at flere får hjelp som trenger det, og at konsekvensene ved å ikke tilby denne hjelpen vil kunne ha alvorlige konsekvenser hvis det ikke fanges opp. Fra et slikt ståsted vil ikke nødvendigvis andre perspektiver være av liten interesse, men fokus er snarere på det perspektivet som kan bidra til å hjelpe flere her og nå. Fox og Jones (2013) forteller at om ikke sorgen tas på alvor risikerer klinikere å forveksle eller feiltolke alvorlige tegn på depresjon som normale sorgresponser. Og ikke er det slik at kulturforskjeller marginaliseres i diagnosemanualen. I DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013a, s. 161) står det skrevet at klinikere må vurdere kulturelle normer før beslutning tas: «This decision inevitably requires the exercise of clinical judgment based on the individual's history and the *cultural norms* for the expression of distress in the context of loss.» [vår uthevelse].

Det er altså klinikers oppgave å vurdere om symptomer bedre kan tilskrives kulturelt forventede reaksjoner enn patologi. Hvis dette gjøres på en god nok måte, vil sannsynligheten for å diagnostisere kulturvariasjoner reduseres.

6.4.5 Ved å ekskludere DE fra depresjonsdiagnosen vil ressurser kunne gå til de som ikke har et reelt behov for det, på bekostning av de som virkelig trenger det, noe som igjen vil kunne svekke profesjonen

En diagnose utløser rettigheter, som blant annet å bli tilbudt behandling og oppfølging, eventuell dekning av denne behandlingen, og trygdestønader. Diagnoser kan altså være en billett inn til ytelser man ellers ikke ville bli tilbudt. Det eksisterer ikke ubegrensede midler øremerket helsesektoren. Hvis flere sørgende blir diagnostisert med depresjon, betyr dette at andre som potensielt sett vil tjene mer på en diagnose ikke får dette tilbudet. Frances (2010) forklarer videre at en unødvendig diagnostisering vil kunne gi både svekket moral og svekket resiliens etter hvert som flere av hverdagslivets problemer blir medikalisert. Videre peker Frances (2010) også på en annen virkning av diagnoser, nemlig at man kan oppnå vanskeligheter med å oppnå andre typer forsikring, som eksempelvis livsforsikring. En diagnose kan også bli noe man lener seg på, som potensielt vil kunne reduserer ens følelse av personlig ansvar og kontroll. En slik form for feilbruk av ressurser er ett element som kan bidra til å svekke profesjonen (Greenberg, 2013). Samfunnets tro på helsetjenesten vil også kunne svekkes, og First (2011) uttrykker bekymring for at forslaget om å eliminere DE vil gjøre en skeptisk offentlighet enda mer skeptisk. Frances (2013, s. 28-29) peker på hvem som vil kunne tjene på økende diagnostisering:

The business model of the pharmaceutical industry depends on extending the realm of illness – using creative marketing to expand the pool of customers by convincing the probably well that they are at least mildly sick. Disease mongering is the fine art of selling psychiatric ills as the most efficient way of peddling very profitable psychiatric pills.

Disease mongering, eller sykdomskremmeri, er et reelt problem i USA der legemiddelindustrien kan reklamere direkte til konsumentene. Men også i Norge har sykdomskremmeri vært på agendaen. Westin (2002) forteller at flere av de norske avisene, men også den medisinske fagpressen, har en tendens til å omtale medisiner som vidunderpille og superpille, men at det bare unntaksvis nevnes noe om økonomiske koblinger mellom ekspertene som uttaler seg og firmaene som selger medikamentene. Westin (2002, avs. 5) skriver videre at: «Etter hvert ser vi at det ikke bare dreier seg om å selge medikamenter for sykdom, men like mye om å selge sykdom, som det deretter lanseres medikamenter for». Dette tangerer det vi allerede har omtalt som ett element ved medikalisering, og viser også til det vi omtalte i kapittel 5, at flere forskere – deriblant noen av de som støttet elimineringen av DE i DSM-5, har en slags kobling til legemiddelindustrien.

6.4.6 Så lenge klinikere skjelner de syke fra de friske, vil dette senke sannsynligheten for misbruk eller feilbruk av systemet

Hvis de differensialdiagnostiske vurderingene som nevnes i DSM-5 for å skjelne normal sorg fra dødstapsrelatert depresjon er effektive og benyttes på en god måte av klinikere, vil sannsynligheten minke for at diagnoser blir gitt til andre enn de som er syke og som har et reelt behov for de rettigheter og ressurser en diagnose utløser. Når det gjelder den behandlingen som tilbys, vil dette ikke nødvendigvis føre til medisinerings. Det er igjen opp til hver enkelt kliniker å vurdere hvilken behandling som er best egnet. Gitt at diagnosemanualen benyttes på denne måten, er det heller ingen grunn til å tenke seg at troen på helsevesenet eller medisindustrien vil svekkes. Diagnostiseringen vil da heller være et tegn på at samfunnet evner å plukke opp de av oss som lider og trenger behandling og oppfølging.

6.4.7 Diagnostisering vil kunne føre til stigmatisering

Lyngstad (2000, avs. 9) skriver om stigmatisering at:

Stigma ved mental lidelse har eksistert minst siden bibelsk tid da alvorlig sinnslidelse, som uttrykk for demonbesettelse og straffedom for synder, ble en del av religiøs tro og praksis. I nyere tid har de fleste forskere basert sine definisjoner på sosiologen Goffman som i 1963 mente at stigma var sosialt diskrediterende, vedvarende og påvirket oppfatningen av en person i sin helhet.

Stigmatisering handler altså om på ulike måter å nedvurdere og diskriminere andre grunnet deres tilhørighet i en kategori eller gruppe. Som for eksempel de reaksjoner man kan bli møtt med med en depresjons- eller schizofrenidiagnose. Lyngstad (2000) forteller da også at forskning har dokumentert at det finner sted stigmatisering av personer med psykiatriske lidelser, og at dette vil ha konsekvenser for de stigmatisertes livskvalitet. Johannesen (som sitert i Kvam, 2011) forteller at det stigmatiske innholdet til slutt vil kunne omfavnes av den stigmatiserte i form av selv-stigma, som innebærer at folk oppfatter seg som den diagnosen de har fått, mer enn som et menneske med muligheter. En diagnose vil altså, grunnet stigmatisering, kunne svekke livssituasjonen til den diagnostiserte.

6.4.8 Diagnostisering gir ikke nødvendigvis stigmatisering, og vil også kunne ha positive virkninger

Det er ikke gitt at alle diagnoser fører til stigmatisering. Angelmeyer og Matschinger (2003) undersøkte stigmatisering knyttet til diagnosene schizofreni og MDE og fant at de som hadde schizofrenidiagnosen opplevde stigmatisering, mens diagnosestemplet hadde liten effekt på offentlige holdninger overfor mennesker med alvorlig depresjon. En annen måte diagnoser kan virke på er gjennom det Hacking (1995) kaller *looping-effekten*. Hacking skjelner mellom det han kaller *natural kinds* og *human kinds*. *Kinds* refererer til kategorier eller taksonomiske klassifikasjoner som objekter deles inn i basert på delte karakteristika. *Natural kinds* er en gruppering eller orden som vi finner i naturen, som ikke avhenger av mennesket. Eksempler på dette er alt fra kvarker og gener til forkjølelse og solnedgang. *Human kinds* er konseptuelle kategorier som er interaktive, da de både endrer seg og interagerer med sine klassifiseringer. Eksempler på dette er kategorier som homofil, autist og deprimert. Hovedforskjellen mellom *human kinds* og *natural kinds* er i følge Hacking at *human kinds* ofte bare gir mening innen en viss sosial kontekst. Hacking (1995, s. 369) forklarer om *human kinds* at: «One way of which some human kinds differ from some kinds of thing is that classifying people works on people, changes them, and can even change their past». Om disse forandringene forteller Hacking (1995, s. 370) at:

I assert that there are changes in individuals (...), which means that the kind itself becomes different (possibly confirmed in its stereotype but (...), quite the opposite may happen). Next, because the kind changes, there is new knowledge to be had about the kind. But that new knowledge in turn becomes part of what is to be known about members of the kind, who change again. This is what I call the looping effects for human kinds.

Denne looping-effekten vil kunne ha positive effekter for den som er innenfor kategorien. Dette kan betraktes som en utfordring av stigmaforståelsen inspirert av Goffmans tenkning. En diagnose vil i så måte ikke nødvendigvis gjøre vold på de diagnostiserte, men kan bidra positivt ved å tilby en felles kategori for den diagnostiserte og de pårørende. Det eksisterer da også flere historier om pasienter som opplever det som en lettelse å få en diagnose, der man uttrykker en glede over endelig å ha fått en merkelapp på noe som tidligere var uforståelig og overveldende (Kaland, 2008; Skråmestrø, Nesheim & Ellefsen, 2007).

6.5 Forlenget sorg

Debatten om sorg i forkant av utgivelsen av DSM-5 har ikke bare dreid seg om DE, men også komplisert eller forlenget sorgreaksjon. Det er utenfor denne oppgaven å gi en grundig oversikt av denne debatten, men vi vil allikevel presentere noe av funnene og argumentene, da noen av argumentene også kan sies å ha relevans for de punkter vi allerede har tatt for oss i dette kapittelet. Samtidig viser det at det eksisterer en kobling mellom dødstap og forlenget sorg, og at debatten om sorg i et mer overordnet perspektiv vil kunne tjene på en drøfting hvor også forlenget sorg inkluderes. I flere studier har man vist at en komplisert eller forlenget sorgreaksjon er en distinkt lidelse som med separate og distinkte kriterier kan skjelnes fra depresjonsdiagnosen i DSM (Horowitz, Bonanno & Holen, 1993; Kim & Jacobs, 1991; Stroebe et al., 2000). Forskningsgruppen knyttet til Holly G. Prigerson har publisert en rekke artikler om forlenget sorg (se bl.a. Lichtenthal, Cruess & Prigerson, 2004; Prigerson et al., 1996; Prigerson et al., 2009), og har også kommet med et konkret forslag til en komplisert sorgdiagnose som ble foreslått til innlemmelse i DSM-5 (Prigerson et al., 2008). Nå ble ikke forlenget sorg godkjent som diagnose i DSM-5, men forslaget går videre til den kommende utgaven av ICD, ICD-11 som kommer i 2017. Her hjemme har blant annet Kristensen (2013, s. 858) hevdet at «fordelene ved en innføring av diagnosen synes å veie opp for ulempene» (se også Maercker et al., 2013). Rundt 10 prosent av de som erfarer dødstap opplever komplikasjoner som gjør at de kan tilfredsstille kriteriene for en forlenget sorgdiagnose. Et hovedargument for innlemmelse av diagnosen er at man vil fange opp en gruppe mennesker som per dags dato ikke nødvendigvis får den behandling og oppfølging som vil tjene dem best, noe som er knyttet til en bekymring for falske negative. Argumenter mot å innføre en slik diagnose er at blant annet at man fjerner oppmerksomheten fra den naturlige støtten (familie, venner o.l.) og den naturlige helingsprosessen som involverer individenes iboende resiliens og mestringssevne. Wakefield (2012), som argumenterte for å beholde DE i DSM-5, er bekymret for at de foreslåtte diagnostiske kriteriene for forlenget sorgdiagnose ikke skjelner godt nok mellom de som opplever forlenget sorg, og de som opplever en intens, normal sorg. Han frykter derfor at en innlemmelse av diagnosen vil kunne gi en massiv økning av falske positive. Flere av de som talte for å eliminere DE i DSM-5 ser derimot ut til å støtte opp om inklusjonen av en forlenget sorgdiagnose. Lamb et al. (2010, s. 499) skriver at «the syndrome of complicated grief (i.e. prolonged grief reaction) is being considered for inclusion in DSM-V, and we recommend this be given serious consideration». Men ikke alle som talte for å bevare DE argumenterte for en inklusjon av sorgdiagnose. Michael First, som

har skrevet flere artikler med Jerome Wakefield, og på samme måte som ham taler for å bevare DE, har i flere artikler (se for eksempel Shear et al., 2012) vært medforfatter på artikler som argumenterer for innlemmelse av forlenget sorgdiagnose. I en fotnote til artikkelen til Shear et al. (2011, s. 110) – med totalt 23 medforfattere som de fleste ønsker å eliminere DE, forklares da også at «(...) Paula Clayton and Michael First are opposed to removing the bereavement exclusion from the diagnosis of major depression». Altså, selv om det å ville beholde DE og motstand mot forlenget sorg-diagnose kan se ut å gå hånd i hånd, er dette noe som ikke nødvendigvis følger hverandre. Det ser derimot ut til at det er en tydeligere kobling, fra de som har uttalt seg om dette, mellom ønsket om å eliminere DE og ønsket om innlemmelse av forlenget sorg-diagnose. Vi ser altså at det er punkter fra debatten om DE som går igjen her, blant annet vektingen av falske positive og falske negative, og at en diagnose vil kunne gå på bekostning av naturlige helingsprosesser. Det er også verdt å nevne det at forlenget sorgdiagnose ser ut til å være en distinkt lidelse forskjellig fra depresjon. Eksisterer det da ikke en mulighet for at de sørgende som blir fanget opp av en depresjonsdiagnose heller ville vært bedre tjent med en forlenget sorgdiagnose, og at de som da får stilt en depresjonsdiagnose etter et dødskap risikerer å bli feildiagnostisert, med alle de konsekvenser den kan få for behandling og oppfølging? Om forlenget sorg er muligens det mest nærliggende spørsmålet å stille nå hvor vidt denne blir en diagnose i ICD 11. Herrestad (2011, avs. 2) påpeker at «om denne diagnosen inkluderes i den amerikanske diagnosemanualen DSM-5, er det svært sannsynlig at den vil komme inn i manualen til Verdens helseorganisasjon som brukes i det norske helsevesen». Som vi nå vet ble ikke forlenget sorg inkludert som diagnose i DSM-5, noe som da potensielt sett vil svekke sannsynligheten for at den blir inkludert i ICD 11.

7 Avslutning

7.1 Argumenter og eget ståsted

Vi har i denne oppgaven forsøkt å favne bredt, å vise at det som tilsynelatende er en liten endring i en diagnosemanual vil kunne ha konsekvenser på flere mer eller mindre beslektede områder. Noen vil kanskje oppfatte visse av emnene som mer direkte relevante for diskusjonen enn andre emner, noe man også kan skimte i hvilke temaer som får mest oppmerksomhet og som går igjen flest ganger i begge leire, som debatten og uenigheten om falske positive og falske negative. Og, noen av emnene vi har tatt opp kan muligens sies å være mer direkte knyttet til debatten om å ekskludere eller innlemme DE i DSM-5, mens andre igjen er mer perifere. Men, det vi har prøvd å vise er at et tema gjerne henger sammen med flere andre. For eksempel vil en bekymring om falske positive kunne kobles til en bekymring om økt medikalisering – herunder feilaktig bruk av medisiner, frykt for stigmatisering, feilaktig bruk av ressurser og en ufølsomhet overfor kulturelle variasjoner. På samme måte som bekymringen om falske negative vil kunne kobles til det at man bedre ivaretar pasienter, et ivaretaende samfunn, effektiv og god bruk av ressurser og klinikers kompetanse. Det at det kan sies å eksistere koblinger mellom de ulike temaene betyr ikke nødvendigvis at den enkelte leser vektlegger eller prioriterer alle emnene likt. Det er ønskelig om de ulike emnene og argumentene kan fungere som et slags smorgasbord hvor man selv kjenner på og finner ut av hvilke argumenter som treffer best. Det kan hevdes at det stort sett er ganske gode argumenter på begge sider av debatten, og som nevnt innledningsvis i oppgaven er et mål å vise til en balansert forståelse av de ulike argumentene, med forhåpninger om å skape refleksjon og å skape bedre forståelse for de ulike standpunktene i debatten. Men, et annet vesentlig moment er i hvilken grad de ulike argumentene kan sies å være gode? For, slik vi oppfatter det, vil det eventuelle standpunkt man tar i debatten også avhenge av kvaliteten på argumentene. Selv tenker vi at noen av emnene som presenteres i kapittel 6 er preget av en viss grad av jevnbyrdighet. Med dette mener vi at argumentene om et emne kan hevdes å være mer eller mindre like gode. Dette gjelder særlig diskusjonen omkring vektingen av falske positive og falske negative. Dette er en reell utfordring som gjelder tilnærmet alle diagnoser, og vi tenker at begge sider i debatten presenterer gode og gyldige grunner man må vurdere når en revidering i en diagnose kan gi over- eller underdiagnostisering. Det andre emnet som vi tenker er preget av jevnbyrdighet er

diskusjonen om stigmatisering. Visst kan diagnoser føre til stigmatisering, men samtidig vil diagnoser også kunne føre til lettelse, forståelse og en form for trygghet for den diagnostiserte. Det er derimot flere av argumentene om emnene i kapittel 6 som slik vi vurderer det, ikke er like sterke. Felles for de svakere argumentasjonene er etter vår oppfatning at de fleste ser ut til å komme fra de som ønsker å eliminere DE i DSM-5. Om validiteten til depresjonsdiagnosen vurderer vi det dithen at det eksisterer en reell grunn til bekymring knyttet til det at depresjonsdiagnosen favner for bredt. Om klinikers rolle er det betimelig å stille spørsmål ved de krav som nå settes til klinikere om differensialdiagnose – herunder å vurdere ulike kulturelle variasjoner av sorgforløpet. Noen studier har vist effekt av antidepressiva på dødstapsrelatert depresjon, men slik vi vurderer det er det for få studier som foreløpig viser denne effekten, og vi frykter at klinikere oftere vil velge antidepressiva enn eksempelvis samtaleterapi. Om medikalisering tenker vi at de reelle utfordringene knyttet til dette emnet ikke lar seg avfeie ved å referere til begrepet som en Rorschach-test. Om ekskludering av andre perspektiver ser vi på dette som en reell trussel til det mangfold vi har presentert i kapittel 4. Om individualisering er det flere argumenter som peker i retning av at individet står mer alene med sine lidelser nå enn tidligere. Vi vurderer det også dithen at argumentene om svekket tillit til profesjonen, legemiddelfirmaenes økende makt, og feilaktig bruk av ressurser har mer tyngde enn motargumentene til de som ønsket å eliminere DE. Et vesenlig spørsmål er hvorfor vi vurderer argumentene på denne måten? En hovedforklaring, slik vi ser det, er at flere av argumentene – eller motargumentene, som presenteres av de som ønsket å eliminere DE, er preget av en viss grad av repetisjon. Der de som ønsket å bevare DE presenterer et argument med nytt innhold, kan man få inntrykk at av motparten ofte presenterer noenlunde det samme innholdet igjen og igjen, med fokus på frykten for falske negative og at så lenge kliniker følger diagnosemanualen, så er bekymringene til de som ønsker å bevare DE grunnløse. Slik vi oppfatter det kan det rett og slett virke som om det eksisterer flere gode argumenter for å beholde DE i DSM-5. Dette er også det inntrykk vi sitter igjen med etter å ha vurdert argumentene i artiklene til de som talte for å eliminere DE. For det andre, og ikke uavhengig av det før nevnte punkt, er vår oppfatning at at noen av argumentene til de som ønsket å eliminere DE i DSM-5 rett og slett ikke er gode nok. Dette gjelder særlig emnene medikalisering, antidepressiva, forventninger til klinikers evner og individualiserende tendenser. Det eksisterer selvfølgelig en mulighet for at vår vurdering av, og presentasjon av, argumentene i kapittel 6 er preget av forutforståelser for undersøkelsesobjektet, og at vår gjennomgang påvirkes av dette. Det vi her gjengir er ikke

ment som et fasitsvar, og kanskje vil andre som leser de samme argumentene vurdere disse på en annen måte enn forfatterne av denne oppgaven. Vårt eget standpunkt er da heller ikke preget av at utvetydig skille. På den ene siden ser vi at det å eliminere DE vil kunne tilrettelegge for å fange opp og gi tilpasset behandling og oppfølging til sørgende som opplever sorgen som uhåndterlig. På den andre siden er vi bekymret for at elimineringen av DE vil gi økt medikamentbruk og at flere av livets områder nå ser ut til å bli innfanget av den medisinske diskurs. Dette er en tendens vi synes å registrere også på andre områder, der man kan fundere på om ikke moderne lidelser som shopping- og nettavhengighet potensielt vil kunne havne i en diagnosemanual i årene som kommer, med de videre konsekvenser det vil kunne få (Andreassen, 2014; Solberg, 2014). Samlet sett – både når man tar i betraktning kvaliteten på argumentene og vår egen vektlegging og vurdering av hva vi selv synes er viktigst å fokusere på, lander vi på den konklusjon at det heller ville vært ønskelig å beholde DE i DSM-5.

7.2 Oppsummering

Vi har i denne oppgaven forsøkt å vise til ulike konsekvenser av en revisjon i depresjonsdiagnosen i DSM-5. Samtidig har vi ønsket å vise til ulike aspekter ved sorgprosessen, å differensiere sorgen og sorgprosessen for å vise den mangfoldighet som eksisterer. Videre har vi gjennom oppgaven forsøkt å vise til at de ulike temaene om sorg belyses best når sammenhengen dem i mellom påpekes og vurderes. Hvilken posisjonering sorg gis i kontinuumet mellom normaltilstand og sykdom vil – slik vi har prøvd å vise i denne oppgaven, avhenge av og gjensidig påvirkes av faktorer som ulik vektlegging av diagnosers spesifisitet og sensitivitet, medikalisering – herunder medisiner, stigmatisering, kultur og samfunnsperspektiv. Samlet sett håper vi denne oppgaven kan ses på som et nytt tilskudd til historien om sorg, og slik vi vurderer det går hovedtendensen per dags dato mer i retning av sykeliggjøring enn normaltilstand. Forståelsen av sorg har blitt mer differensiert med tiden, og vil høyst sannsynlig differensieres videre i årene som kommer. Hvilken betydning dette vil ha for sorg som normaltilstand eller sykdom er vanskelig å predikere. Men, utrustet med de vesentligste argumentene i debatten vil man forhåpentligvis stå bedre rustet til å vurdere og muligens påvirke utviklingen og forståelsen av ikke bare sorg, men også andre fenomener som ligger klar til innlemmelse i de kommende diagnosemanualer.

Litteraturliste

- "Depression looms as global crisis" (2009). *BBC News*. Hentet fra <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/8230549.stm>
- Abraham, K. (1924/1927). A short study of the development of the libido, viewed in the light of mental disorders. I D. Bryan & A. Strachey (Red.), *Selected papers of Karl Abraham MD* (s. 435-442). London: Hogarth Press.
- Alnes, J. H. (udatert). *Hermeneutikk. Store norske leksikon*. Hentet fra <http://www.snl.no/hermeneutikk>
- American Psychiatric Association. (2000a). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000b). Major depressive episode. I American Psychiatric Association (Red.), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013a). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013b). Major depressive disorder. I American Psychiatric Association (Red.), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013c). Major Depressive Disorder and the "Bereavement Exclusion". I A. P. Association (Red.).
- Andreassen, C. S. (2014). Shoppingavhengighet: en oversikt. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(3), 196-209.
- Angelmeyer, M. C. & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 304-309.
- Archer, J. (1999). *The nature of grief: The evolution and psychology of reaction to loss*. London: Routledge.
- Archer, J. (2008). Theories of Grief: Past, Present and Future Perspectives. I M. S. Stroebe, R. O. Hansson & W. Stroebe (Red.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention*. Washington: American Psychological Association.
- Archer, J. & Fisher, H. (2008). Bereavement and Reactions to Romantic Rejection: A Psychobiological Perspective. I M. S. Stroebe, R. O. Hansson & W. Stroebe (Red.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention*. Washington: American Psychological Association.
- Ariès, P. (1974). *Western Attitudes toward DEATH*. Baltimore, Maryland: The John Hopkins University Press.
- Averill, J. R. (1968). Grief: Its Nature and Significance. *Psychological Bulletin*, 70(6), 721-748.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (1966). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. London: Penguin Books.
- Blakar, R. M. & Nafstad, H. E. (2006). Critical Psychology in Norway. A brief review commenting on why critical psychology is currently virtually absent. *Annual Review of Critical Psychology*, 5, 167-173.
- Bonanno, G. A. & Kaltman, S. (1999). Toward an Integrative Perspective on Bereavement. *Psychological Bulletin*, 125(6), 760-776.

- Borud, H. (2014, 31 mars). Frykter at normale sorgreaksjoner gjøres til sykdom, *Aftenposten*. Hentet fra <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Frykter-sykeliggjoring-av-normale-sorgreaksjoner-7519305.html#.U1ZVIpWKD4g>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Breen, L. J. & O'Connor, M. (2007). The Fundamental Paradox in the Grief Literature: A Critical Reflection. *OMEGA Journal of Death and Dying*, 55(3), 199-218.
- Brinkmann, S. (2011). Om psykiatiseringen af hverdagslivet og psykologien. *Psykologisk Set*, 28(82), 5-12.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Burton, R. (1651/2001). *The Anatomy of Melancholy*. New York: New York Review of Books.
- Cacciatore, J. (2012). DSM5 and Ethical Relativism. Hentet fra <http://drjoanne.blogspot.no/2012/03/relativity-applies-to-physics-not.html>
- Clark, A. (2004). Working with grieving adults. *Advances in psychiatric treatment*, 10, 164-170.
- Corruble, E. (2012). Letter to the editor: The bereavement exclusion may not be applicable in real world settings. *World Psychiatry*, 11(3), 202.
- Corruble, E., Chouinard, V. A., Letierce, A., Gorwood, P. & Chouinard, G. (2009). Is DSM-IV Bereavement Exclusion for Major Depressive Episode Relevant to Severity and Pattern of Symptoms? A Case-Control, Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1-7. doi:10.4088/JCP.08m04475
- Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T. & van Straten, A. (2011). Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses. *Nord J Psychiatry*, 65(6), 354-364. doi:10.3109/08039488.2011.596570
- Cushman, P. (1990). Why the Self is Empty. *American Psychologist*, 45(5), 599-611.
- Dafermos, M. & Marvakis, A. (2006). Introduction: Critiques in psychology - critical psychology. *Annual Review of Critical Psychology*, 5, 1-20.
- Darwin, C. (1872/2009). *The Expression of Emotion in Man and Animals*. London: Penguin Classics.
- Della Selva, P. C. (1996). *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*. London: John Wiley & Sons, Inc.
- Deutsch, H. (1937). Absence of grief. *Psychoanalytic Quarterly*, 6, 12-22.
- Diamond, S. (2008). Is Depression a Disease? *Psychology Today*. Hentet fra <http://www.psychologytoday.com/blog/evil-deeds/200809/is-depression-disease>
- Dufour, D. R. (2008). *The Art of Shrinking Heads*. Cambridge: Polity Press.
- Dugdale, D. C., Epstein, R. & Pantilat, S. Z. (1999). Time and the patient-physician relationship. *Journal of general internal medicine*, 14(1), 34-40. doi: 10.1046/j.1525-1497.1999.00263.x
- Dunlop, B. W. (2012). Debate: Is It Worth Saving the Bereavement Exclusion in DSM-5? *Psychiatric Times*. Hentet fra <http://www.psychiatrictimes.com/major-depressive-disorder/debate-it-worth-saving-bereavement-exclusion-dsm-5>
- Dyregrov, A. (2006). Komplisert sorg: teori og behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 779-786.
- Eisenbruch, M. (1984). Cross-cultural aspects of bereavement. I: A conceptual framework for comparative analysis. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 8(3), 283-309.

- Ekeland, T. J. (2010). Medikalisering - epistemologiske forutsetninger. I A. Kolstad & R. Kogstad (Red.), *Psykologisering av sosiale problemer Medikalisering av psykiske lidelser* (s. 31-52). Haugesund: Alpha Forlag.
- Elias, N. (1997). *De døendes ensomhet*. Oslo: Humanist Forlag.
- First, M. (2011). DSM-5 proposals for mood disorders: a cost-benefit analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, 24, 1-9.
- Folkehelseinstituttet. (2013). *Statistikk fra Reseptregisteret*. Hentet fra <http://www.reseptregisteret.no/Prevalens.aspx>
- Fox & Jones, K. D. (2013). DSM-5 and Bereavement: The Loss of Normal Grief? *Journal of Counseling & Development*, 91, 113-119.
- Fox, Prilleltensky, I. & Austin, S. (2009). Critical psychology for social justice: Concerns and dilemmas. I D. Fox, I. Prilleltensky & S. Austin (Red.), *Critical Psychology: An introduction*. London: Sage Publications Ltd.
- Frances, A. (2010). The first draft of DSM-V. 340. Hentet fra <http://www.bmj.com/content/340/bmj.c1168> doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c1168>
- Frances, A. (2011). The British Psychological Society Condemns DSM-5. *Psychology Today*. Hentet fra <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201107/the-british-psychological-society-condemns-dsm-5>
- Frances, A. (2013). *Saving Normal*. New York: HarperCollins Publishers.
- Frantz, T. T., Farrell, M. M. & Trolley, B. C. (2001). Positive outcomes of losing a loved one. I R. A. Neimeyer (Red.), *Meaning reconstruction & the experience of loss* (s. 191-209). Washington, DC: American Psychological Association.
- Freud, S. (1917/2011). Sorg og melankoli. I I. Engelstad & J. Øverland (Red.), *Sigmund Freud - Mellom Psykoanalyse og Litteratur*. Falun: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Gadgil, M. E. & Hana, Å. (2009). *Tidsbruk i allmennpraksis*. Universitetet i Tromsø, Tromsø. Hentet fra <http://hdl.handle.net/10037/2221>
- Gibbons, R., Hur, K., Brown, H., Davis, J. & Mann, J. (2012). Who Benefits from Antidepressants? *Arch Gen Psychiatry*, 69(6), 572-579.
- Gilles, J. & Neimeyer, R. A. (2006). Loss, grief and the search for significance. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 31-65.
- Granek, L. (2010). Grief as pathology: The evolution of grief theory in psychology from Freud to the present. *History of Psychology*, 13(1), 46-73.
- Greenberg, G. (2013). *The Book of Woe. The DSM and the unmaking of psychiatry*. New York: Blue Rider Press.
- Gullestad, S. (2013). Sykdom på tilbud. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(8), 858-859.
- Gutting, G. (2013). Depression and the Limits of Psychiatry. Hentet fra <http://opinionator.blogs.nytimes.com/2013/02/06/the-limits-of-psychiatry/>
- Hacking, I. (1995). The looping effects of human kinds. I D. Sperber, D. Premack & A. J. Premack (Red.), *Causal Cognition*. Oxford: Clarendon Press.
- Hallerstedt, G. (2009). *Diagnosens Makt. Om kunnskap, penger och lidande*. Riga: Bokforlaget Daidalos AB.
- Hauser, J. (2007). *Depression Medications: Antidepressants*. Hentet fra <http://psychcentral.com/lib/depression-medications-antidepressants/000916>
- Herrestad, H. (2011). Sorg er ikke en sykdom, *Aftenposten*. Hentet fra <http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/Sorg-er-ikke-en-sykdom-6278873.html>
- Hoff, B. (2014, 19. mars). Selvmordet er det siste tabu, *Kronikk, Aftenposten*, s. 4-5. Hentet fra <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/Selvmordet-er-det-siste-tabu-7507918.html#.U1cFfZWKD4g>

- Horowitz, M., Bonanno, G. A. & Holen, A. (1993). Pathological Grief: Diagnosis and Explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55, 260-273.
- Kaland, N. (2008). "Det var en lettelse å få vite hvorfor jeg ikke var som andre": Om å få stilt en autisme- eller Asperger-syndrom-diagnose. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(2), 127-132.
- Kamtekar, R. (2012). Virtue and Happiness: Essays in Honour of Julia Annas. *Oxford Scholarship Online*. doi:10.1093/acprof:oso/9780199646043.001.0001.
- Karam, E., Tabet, C., Alam, D., Shamseddeen, W., Chatila, Y., Mneimneh, Z., ... Hamalian, M. (2009). Bereavement related and non-bereavement related depressions: A comparative field study. *Journal of Affective Disorders*, 112, 102-110.
- Kendler, K. (2010). Member, DSM-5 Mood Disorder Work Group. Hentet fra www.dsm5.org/.../grief%20exclusion_Kendler.pdf
- Kessing, L. V., Bukh, J. D., Bock, C., Vinberg, M. & Gether, U. (2009). Does bereavement-related first episode depression differ from other kinds of first depressions? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 801-808.
- Kim, K. & Jacobs, S. (1991). Pathological grief and its relationship to other psychiatric disorders. *Journal of Affective Disorders*, 21, 257-263.
- Kirsch, I., Deacon, B., Huedo-Medina, T., Moore, T. & Johnson, B. (2008). Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. *PLOS Medicine*, 5(2), 260-268.
- Kissane, D. W. & Lichtenthal, W. G. (2008). Family Focused Therapy: From Palliative Care Into Bereavement. I M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut & W. Stroebe (Red.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kolstad, A. & Kogstad, R. (2010). *Psykologisering av sosiale problemer Medikalisering av psykiske lidelser*. Haugesund: Alpha Forlag.
- Kraus, M. (2013). Under the Influence; How power, status and social hierarchy shape us. *Psychology Today*. Hentet fra <http://www.psychologytoday.com/blog/under-the-influence/201308/the-psychology-the-psychology-isnt-science-argument>
- Kristensen, P. (2013). Sorg som diagnose. *Tidsskrift for Den norske lekeforening*, 8(133), 856-858.
- Kvam, M. (2011). Det er ikke "de andre", det er oss. *Norsk Helseinformatikk*. Hentet fra <http://nhi.no/forside/stigmatisering-av-mennesker-med-psykisk-sykdom-det-er-ikke-de-andre-det-er-oss-37000.html>
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. New York, NY: Scribner.
- Kübler-Ross, E. & Kessler, D. (2007). *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss*. New York: Scribner.
- Lamb, K., Pies, R. & Zisook, S. (2010). The Bereavement Exclusion for the Diagnosis of Major Depression: To Be Or Not To Be. *Psychiatry*, 7(7), 19-25.
- Laurie, A. & Neimeyer, R. (2008). African Americans in bereavement: grief as a function of ethnicity. *Omega (Westport)*, 57(2), 173-193.
- Lewis, C. S. (1961/1996). *A grief observed*. New York: Harper Collins.
- Lichtenthal, W. G., Cruess, D. G. & Prigerson, H. G. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 24, 637-662.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Lyngstad, G. D. (2000). Stigma og stigmatisering i psykiatrien - et område som krever innsats? *Tidsskrift for Den norske lekeforening*, 120, 2178-2181.

- Madsen, O. J. (2009). Psykologi, samfunn og etikk. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 144-152.
- Madsen, O. J. (2010). *Den terapeutiske kultur*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Madsen, O. J. (2012a). Hvorfor trenger vi kritisk psykologi? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(8), 740-745.
- Madsen, O. J. (2012b). Om kritisk psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 49(8), 738-739.
- Maercker, A., Brewin, C., Bryant, R., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L., ... Somasundaram, D. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198-206.
- Maj, M. (2008). Depression, Bereavement, and "Understandable" Intense Sadness: Should the DSM-IV Approach Be Revised? *American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1373-1375.
- Malt, U. (udatert). DSM-systemet. *Store norske leksikon*. Hentet fra <http://www.snl.no/DSM-systemet>
- Manning, S. (2012). Debate: Let the Bereavement Exclusion in DSM-5 Die. *Psychiatric Times*. Hentet fra <http://www.psychiatrictimes.com/major-depressive-disorder/debate-let-bereavement-exclusion-dsm-5-die>
- Marecek, J. & Hare-Mustin, R. (2009). Clinical Psychology and Social Change. I D. Fox, I. Prilleltensky & S. Austin (Red.), *Critical Psychology: An Introduction*. London: Sage Publications
- Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2008). An Attachment Perspective on Bereavement. I M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut & W. Stroebe (Red.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Moncrieff, J. (2010). Psykiatrisk imperialisme: medisinerer av det moderne liv. I A. Kolstad & R. Kogstad (Red.), *Psykologisering av sosiale problemer Medikalisering av psykiske lidelser* (s. 91-100). Haugesund: Alpha Forlag.
- National Institute of Mental Health. (udatert). *Suicide in the U.S.: Statistics and Prevention*. Hentet fra <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/suicide-in-the-us-statistics-and-prevention/index.shtml>
- Neimeyer, Burke, L., Mackay, M. M. & Stringer, J. G. v. D. (2009). Grief Therapy and the Reconstruction of Meaning: From Principles to Practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(2), 73-83. doi: 10.1007/s10879-009-9135-3
- Neimeyer, G. J. (2013). On the origin of the specious: The evolution of the DSM-5. *PsycCRITIQUES*, 58(45). Lokalisert på doi:10.1037/a0034699
- Nesse, R. (2005). An Evolutionary Framework for Understanding Grief. I D. Carr & R. Nesse (Red.), *Spousal Bereavement in Late Life*. New York: Springer Publishing.
- Nightingale, D. & Neilands, T. (1997). Understanding and practicing critical psychology. I D. Fox & I. Prilleltensky (Red.), *Critical Psychology: An introduction*. London: Sage Publications Ltd.
- O'Gorman, S. M. (1998). Death and dying in contemporary society: an evaluation of current attitudes and the rituals associated with death and dying and their relevance to recent understandings of health and healing. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1127-1135.
- Parkes, C. M. (1965). Bereavement and mental illness? A classification of bereavement reactions. *British Journal of Medical Psychology*, 38, 13-26.
- Parkes, C. M. (1971). Determination of outcome of bereavement. *Proceeding of the Royal Society of Medicine*, 64, 279.
- Parkes, C. M. (2002). Grief: Lessons from the past, visions for the future. *Death Studies*, 26, 367-385.

- Pies, R. (2013a). Does Psychiatry Medicalize Normality? Hentet fra http://philosophynow.org/issues/99/Does_Psychiatry_Medicalize_Normality
- Pies, R. (2013b). How the DSM-5 Got Grief, Bereavement Right. Hentet fra <http://psychcentral.com/blog/archives/2013/05/31/how-the-dsm-5-got-grief-bereavement-right/>
- Pies, R. & Zisook, S. (2010). DSM-5 Criteria Won't "Medicalize" Grief, if Clinicians Understand Grief. *Psychiatric Times*. Hentet fra <http://www.psychiatrictimes.com/articles/dsm5-criteria-won%E2%80%99t%E2%80%99Cmedicalize%E2%80%99D-grief-if-clinicians-understand-grief>
- Pohl, C. (1997). Is Grief Self-Regarding? *Philosophy Now*, 17, 23-27.
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S., Reynolds, C. F., Shear, K., Newsom, J., ... Selby, J. (1996). Complicated Grief as a Disorder Distinct From Bereavement-Related Depression and Anxiety: A Replication Study. *American Journal of Psychiatry*, 153(11), 1484-1486.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M., Jacobs, S., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., ... Block, S. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PLOS Medicine*, 6(8). doi:10.1371/journal.pmed.1000121
- Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C. & Maciejewski, P. K. (2008). A Case for Inclusion of Prolonged Grief Disorder in DSM-V. I M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut & W. Stroebe (Red.), *Handbook of Bereavement Research and Practice: Advances in Theory and Intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Prilleltensky, I. & Fox, D. (1997). Introducing critical psychology: Values, assumptions, and status quo. I D. Fox & I. Prilleltensky (Red.), *Critical Psychology: An Introduction*. London: Sage Publications Ltd.
- Read, J., Cartwright, C. & Gibson, C. (2014). Adverse emotional and interpersonal effects reported by 1929 New Zealanders while taking antidepressants. *Psychiatry Research* 216, 67-73.
- Reynolds, C. F., Miller, M. D., Pasternak, R. E., Frank, E., Perel, J., Cornes, C. et al. (1999). Treatment of Bereavement-Related Major Depressive Episodes in Later Life: A Controlled Study of Acute and Continuation Treatment With Nortriptyline and Interpersonal Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 202-208.
- Rosenblatt, P. C. (2008). Grief Across Cultures: A Review and Research Agenda. I M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut & W. Stroebe (Red.), *Handbook of Bereavement Research and Practice* (s. 207-222). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rush, A. (1998). DSM-IV mood disorders: Final overview. I T. Widiger, A. Frances, H. Pincus, R. Ross, F. M & K. DM (Red.), *DSM-IV Sourcebook* (Vol. 4, s. 1019-1033). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Rush, B. (1812/1947). Medical inquiries and observation upon the diseases of the mind. *Occupational Therapy*, 26, 180-188.
- Sandvik, O. (2003). Hva er sorg, og hvordan kan den forstås? I K. Bugge, E. H. Eriksen & O. Sandvik (Red.), *Sorg*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sandvik, O. (2011). Hva er sorg? *Impuls tidsskrift for psykologi*, 1(64), 6-12.
- Schut, H. & Stroebe, M. S. (2005). Interventions to Enhance Adaptation to Bereavement. *Journal of Palliative Medicine*, 8(1).
- Schwartzberg, S. S. & Janoff-Bulman, R. (1991). Grief and the search for meaning: Exploring the assumptive worlds of bereaved college students. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 10, 270-288.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction *American Psychologist*, 55(1), 5-14.

- Serretti, A., Calati, R., Goracci, A., Di Simplicio, M., Castrogiovanni, P. & De Ronchi, D. (2010). Antidepressants in healthy subjects: What are the psychotropic/psychological effects? *European Neuropsychopharmacology*, 20, 433-453.
- Shand, A. F. (1914/1920). *The foundations of character* (2 utg.). London: Macmillan.
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R. & Reynolds, C. F. (2005). Treatment of Complicated Grief: A Randomized Controlled Trial. *Journal of American Medical Association (JAMA)*, 293(21), 2601-2608.
- Shear, K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R. A., Duan, N. et al. (2011). Review: Complicated Grief and Related Bereavement Issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(2), 103-117. doi: 10.1002/da.20780
- Shorter, E. (1998). *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Skråmestrø, N., Neisheim, K. & Ellefsen, J. H. (2007, 3. september). Diagnose ga nytt liv. *Aftenbladet*. Hentet fra <http://www.aftenbladet.no/fritid/Diagnose-ga-nytt-liv-2284701.html>
- Slife, B. D., Reber, J. S. & Richardson, F. C. (2005). *Critical Thinking about Psychology: Hidden Assumptions and Plausible Alternatives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Solberg, P. O. (2014). Skal- skal ikke. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(3), 218-226.
- Store norske leksikon (2005-2007). (udatert). Sykdom. Hentet fra <http://snl.no/sykdom>
- Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Schut, H. & Stroebe, W. (2008). Bereavement research: contemporary perspectives. I M. S. Stroebe, R. O. Hansson & W. Stroebe (Red.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention*. Washington: American Psychological Association.
- Stroebe, M. S. & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*, 19(23), 197-224.
- Stroebe, M. S. & Schut, H. (2001). Risk factors in bereavement outcome: A methodological and empirical review. I M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (Red.), *Handbook of bereavement research* (s. 349-371). Baltimore: United Book Press.
- Stroebe, M. S., van der Houwen, K. & Schut, H. (2008). Bereavement Support, Intervention and Research on the Internet: A Critical Review. I M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut & W. Stroebe (Red.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, M. S., van Son, M., Stroebe, W., Kleber, R., Schut, H. & van den Bout, J. (2000). On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical Psychology Review*, 20(1), 57-75.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- The Lancet. (2012). Living with grief. *The Lancet*, 379(9816), 589. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60248-7
- Vaaler, A. E. & Fasmer, O. B. (2013). Antidepressive legemidler - klinisk praksis må endres. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133(4), 428-430.
- Wakefield, J. C. (2011). Should Uncomplicated Bereavement-Related Depression Be Reclassified as a Disorder in the DSM-5? Response to Kenneth S. Kendler's Statement Defending the Proposal to Eliminate the Bereavement Exclusion. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(3), 203-208.
- Wakefield, J. C. (2012). Should Prolonged Grief Be Reclassified as a Mental Disorder in DSM-5? Reconsidering the Empirical and Conceptual Arguments for Complicated Grief Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(6), 499-511.

- Wakefield, J. C. (2013). After Removal from DSM-5, Why Clinicians Should Remember the Bereavement Exclusion. *Psychiatry Weekly*, 8(4). Hentet fra <http://www.psychweekly.com/aspx/article/articledetail.aspx?articleid=1538>
- Wakefield, J. C. & First, M. (2012). Fallacious reasoning in the argument to eliminate the major depression bereavement exclusion in DSM-5. *World Psychiatry*, 11(3), 204-205.
- Wakefield, J. C. & Horwitz, A. V. (2007). *The Loss of Sadness*. Oxford: Oxford University Press.
- Wakefield, J. C. & Schmitz, M. F. (2012). Recurrence of Depression After Bereavement-Related Depression: Evidence for the Validity of DSM-IV Bereavement Exclusion From the Epidemiologic Catchment Area Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(6), 480-485.
- Wakefield, J. C., Schmitz, M. F. & Baer, J. (2011). Did Narrowing the Major Depression Bereavement Exclusion From DSM-III-R to DSM-IV Increase Validity? Evidence From the National Comorbidity Survey. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(2), 66-73.
- Wakefield, J. C., Schmitz, M. F., First, M. & Horowitz, M. (2007). Extending the Bereavement Exclusion for Major Depression to Other Losses: Evidence from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 64(4), 433-440.
- Walter, T. (2010). A sociology of grief. *Mortality: Promoting the interdisciplinary study of death and dying*, 3(1), 83-87.
- Weiss, R. S. (2008). The nature and causes of grief. I M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut & W. Stroebe (Red.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Westin, S. (2002). Sykdomskremmere. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122, 1638.
- Wetherell, J. L. (2012). Complicated grief therapy as a new treatment approach. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 159-166.
- Wortman, C. B. & Silver, R. C. (1989). The Myths of Coping With Loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 349-357.
- Wortman, C. B. & Silver, R. C. (2001). The Myths of Coping With Loss Revisited. I M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (Red.), *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping and Care* (s. 405-429). Washington, DC: American Psychological Association.
- Zisook, S., Corruble, E., Duan, N., Iglewicz, A., Karam, E., Lanuette, N. et al. (2012). The bereavement exclusion and DSM-5. *Depression and Anxiety*, 29, 425-443.
- Zisook, S. & Kendler, K. (2007). Is bereavement-related depression different than non-bereavement-related depression? *Psychological Medicine*, 37, 779-794.
- Zisook, S., Pies, R. & Corruble, E. (2012). When is grief a disease? *The Lancet*, 379(9826), 1590.
- Zisook, S. & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry*, 8(2), 67-74.
- Zisook, S., Shear, K. & Kendler, K. (2007). Validity of the bereavement exclusion criterion for the diagnosis of major depressive episode. *World Psychiatry*, 6(2), 102-107.